

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Novembre 1905

Par M. Pierre CUSSON

Né à Evreux, le 9 janvier 1878

Ancien interne des hôpitaux et de la maternité de Rouen.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

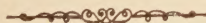
DE

L'HYPERTROPHIE CONGÉNITALE



Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : { M. DE LAPERSONNE, Professeur.
 { M. BEZANÇON, Professeur agrégé.
 { M. MARION, Professeur agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

—

1905



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYPERTROPHIE CONGÉNITALE

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales, nous tenons à remercier ici nos Maîtres de Paris et de Rouen qui, par leur direction éclairée et par leur bienveillance, nous ont instruits et encouragés.

Particulièrement pour cette thèse, nous devons exprimer toute notre gratitude à MM. les docteurs François HUE et DÉVÉ, chirurgien et médecin des Hôpitaux, professeurs à l'Ecole de médecine de Rouen :

M. le docteur François HUE, dont nous venons d'être l'interne, s'est départi en notre faveur de la belle observation d'hypertrophie congénitale relative à l'une de ses opérées.

M. le docteur DÉVÉ, pour cette observation, a eu l'obligeance de pratiquer l'examen histologique, d'en rédiger la note d'anatomo-pathologie et encore de nous dessiner deux préparations de coupes microscopiques.

Nous prions M. le professeur DEBOVE de bien vouloir agréer nos sentiments de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Il nous paraît impossible de donner une définition précise pouvant s'appliquer aux diverses formes de l'hypertrophie congénitale. Seulement, quand elle est régulière, on peut dire que cette affection consiste dans le développement congénital plus grand, sans altération de forme ni de structure, d'une moitié du corps atteinte en partie ou en totalité.

Nous n'insisterons pas sur l'historique de la question ; il se rapporte surtout aux théories pathogéniques successivement proposées et que nous étudierons au cours de ce travail.

L'hypertrophie congénitale n'est guère signalée pour la première fois qu'en 1832 par Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE, qui lui consacre ces quelques lignes :

Une autre anomalie digne de quelque intérêt consiste dans le développement inégal des deux moitiés du corps, soit dans une, soit dans plusieurs régions, soit même dans toutes. On voit, en effet, chez quelques individus, un côté tout entier du corps (c'est ordinairement le droit) plus développé que l'autre. Mais la différence est presque toujours très faible, et tellement même qu'un examen attentif peut seul révéler cette légère variété de l'organisation.

Plus souvent, il y a seulement inégalité entre les membres d'un côté et ceux de l'autre, ou bien entre les deux moitiés, soit de l'abdomen, soit de la poitrine, soit surtout de la tête.

Toutes ces anomalies ne sont, au reste, véritablement remarquables que lorsque la disproportion est portée à un haut degré, ce qui n'a lieu que très rarement. Dans le cas contraire, elles constituent seulement de légères variétés, apparentes seulement pour l'œil

exercé du peintre, du sculpteur ou de l'anatomiste, et dont l'influence physiologique est entièrement nulle (1).

De 1836 à 1868, paraissent les observations de BECK (2), FOUCHER (3), DEVOUGES (4), J. ADAMS (5), OLLIER (6), FRIEDREICH (7), PASSAUER (8), FRIEDBERG (9), quelques courtes communications de CHASSAIGNAC (10) à la Société de chirurgie.

En 1869, TRÉLAT et MONOD (11) donnent le premier travail d'ensemble et une description symptomatique remarquable.

La pathogénie est recherchée par MASSONAU (12) en 1874, POLLOSSON (13) 1884, BULL (14), DUZEA (15), 1886.

POLAILLON (16), 1884, compose un important article sur la macrodactylie.

MASMEJEAN (17), en 1888, fait une seconde mise au point de la question, en mettant à profit 68 cas d'hypertrophie unila-

(1) IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE. — *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux*. Des monstruosité, t. I, p. 261.

(2) BECK. — *Medicinische Annalen von Puchelt, Chelius und Nægele*. 1836, t. II, n° 1.

(3) FOUCHER. — *Bulletin de la Société anatomique*. 1850, p. 108.

(4) DEVOUGES. — *Bulletin de la Société anatomique*. 1856, 2^e série, t. I.

(5) J. ADAMS. — *The Lancet*. Août 1858, t. II, p. 140.

(6) OLLIER. — *Gazette médicale de Lyon*. Juillet 1862, p. 309.

(7) FRIEDREICH. — *Archiv. für pathologische Anatomie*. 1863, t. XXVIII, p. 474.

(8) PASSAUER. — *Virchow's Arch.* 1866, t. XXXVII, p. 410.

(9) FRIEDBERG. — *Virchow's Arch.* 1867.

(10) CHASSAIGNAC. — *Bulletin de la Société de chirurgie*. 1859, t. X, pp. 52 et 103.

(11) TRÉLAT et MONOD. — De l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale. *Archives générales de médecine*. 1869, t. I.

(12) MASSONAU. — Th. Paris, 1874.

(13) POLLOSSON. — *Lyon médical*. 1884, t. XLVII, p. 14.

(14) BULL. — *Soc. méd. de Londres*, 20 déc. 1886.

(15) DUZEA. — Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels. Th. Lyon. 1886.

(16) POLAILLON. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de DECHAMBRE, Art. Doigt, 1884.

(17) MASMEJEAN. — Th. Montpellier. 1888.

térale ou segmentaire et les travaux antérieurs de WITTELSHÖFER (1), DUBREUIL (2), FINLAYSON (3).

DUPLAY (4) et LEBLANC (5), en 1897, soutiennent pour la pathogénie, la théorie nerveuse.

KIRMISSON (6), 1898, insiste sur la distinction en formes régulière et irrégulière de l'hypertrophie congénitale.

FROELICH (7), 1898, BIZE et GRISEL (8), 1904, avec des observations démonstratives, mettent bien en lumière la variété d'hypertrophie due à des brides amniotiques.

Parmi les publications récentes, il faut encore citer les observations de GALVANI (9), 1895 et 1898, COMBY (10), 1899 et 1905, MORESTIN (11), 1899 et 1900, les travaux de SABRAZÈS et CABANNES (12), 1898, KUSS et JOUON (13), 1899, KLIPPEL et TRENAUNAY (14), 1900, GAYET et PINATELLE (15), CAGIATI (16), 1904.

L'intérêt de notre thèse consistant particulièrement dans la production de deux nouvelles observations d'hypertrophie congénitale, dont l'une relative à un cas unique, nous commençons par les rapporter.

(1) WITTELSHÖFER. — *Archiv. für klinische Chir.* 1879.

(2) DUBREUIL. — *Gaz. heb. sc. méd. Montpellier.* 1882, pp. 593, et 1886, p. 194.

(3) FINLAYSON. — *Glasgow's med. Journ.*, nov. 1884, p. 327.

(4) DUPLAY. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 6 juin 1897.

(5) LEBLANC. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie partielle ou complète. Th. Paris., 1897.

(6) KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. 1898.

(7) FROELICH. — *Revue d'orthopédie*, mars 1900.

(8) BIZE et GRISEL. — *Revue d'orthopédie*, septembre 1904.

(9) GALVANI. — *Revue d'orthopédie*, mai 1895 et novembre 1898.

(10) COMBY. — *Arch. de méd. des enfants*, 1899, et Traité des maladies de l'Enfance de GRANCHER et COMBY, 2^e édit., 1905, t. V.

(11) MORESTIN. — *Bull. Soc. anat.*, 1899, et févr. 1900.

(12) SABRAZÈS et CABANNES. — Hémi-hypertrophie faciale. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.* 1898, t. XI.

(13) KUSS et JOUON. — *Revue d'orthopédie*, novembre 1899.

(14) KLIPPEL et TRENAUNAY. — Du nevus ostéo-hypertrophique. — *Archiv. génér. méd.*, juin 1900.

(15) GAYET et PINATELLE. — *Revue d'orthopédie*, janvier 1904.

(16) CAGIATI. — Contributo allo studio della ipertrofia congenita. *Il Policlinico.* Roma, 1904, vol. XI-M.

Nous essayons ensuite de faire, avec le plus de clarté possible, une exposition résumée des connaissances actuelles sur cette affection rare et encore mal déterminée.

Nous reprenons, pour la symptomatologie, l'étude topographique comme l'avaient entendue TRÉLAT et MONOD et MAS-MÉJEAN.

Ce dernier auteur établit son étude sur 68 cas; il nous a semblé intéressant de la remanier avec un appoint de 97 autres observations.

Mais nous ne perdons pas de vue l'importance des formes de l'hypertrophie congénitale, comme les ont dégagées KIRMISSON, Kuss et JOUON, et nous les décrivons dans leurs traits caractéristiques.

Nous rapportons avec soin les résultats de l'anatomie pathologique, et notamment ceux fournis par l'examen microscopique dans notre deuxième observation.

Nous traitons, également, avec quelques nouvelles considérations, de l'Étiologie, de la Pathogénie et du Diagnostic.

Enfin, à la suite de notre étude, nous donnons, sommairement analysées, les 165 observations que nous avons pu réunir.

CHAPITRE PREMIER

Observations personnelles.

OBSERVATION I.

Hémi-hypertrophie totale régulière du côté droit, surtout marquée au membre inférieur.

B..., actuellement employé dans une pharmacie, est un garçon de 16 ans que nous examinons ainsi que sa mère, le 10 juillet 1905 à l'Hospice général.

Son père, ni ses frères ne présentent d'anomalie. Ils sont tous en parfaite santé.

La mère, âgée de 55 ans, offre une hypertrophie du sein droit.

Bien constituée et bien portante, elle a été réglée à 13 ans; elle s'est mariée à 26 ans et a eu quatre enfants. Son sein droit avait commencé à grossir à l'âge de 17 ans; mais c'est surtout après son mariage qu'il augmente notablement à chaque grossesse.

Cependant elle allaite ses quatre enfants aussi de ce sein, mais ce sein donne moins de lait que l'autre.

A présent, comme nous le voyons, le sein droit, retenu par un long et large pédicule, est un gros sein tombant, mesurant 40 centimètres de circonférence maxima. A son niveau, la peau est saine, très mobile; l'aréole est doublée, le mamelon légèrement effacé.

A la palpation, on perçoit nettement les lobes hypertrophiés de la glande. Le sein gauche est normal.

Depuis quelques années, le sein malade continue toujours à s'accroître, mais faiblement. Il n'est pas douloureux, mais il est tombant, pesant et par là même fort gênant.

B... est le dernier des quatre enfants. Il est né à terme.

Elevé au sein, il a marché à 14 mois.

Il n'a fait comme maladie qu'une rougeole à l'âge de 6 ans.

Dès sa naissance, sa mère et le médecin traitant ont nettement remarqué que toute la moitié droite du corps était plus volumineuse que la gauche.

Pendant les premières années, cette différence s'est maintenue aussi frappante ; puis, avec la croissance, elle a diminué, pour la face et le membre supérieur notamment.

INSPECTION GÉNÉRALE. — Ce garçon appartient au type infantile : petite taille, visage enfantin comme à 12 ans, aisselles et scrotum glabres, organes génitaux impubères.

Ce que l'on remarque tout d'abord, c'est le plus grand développement de la région scapulaire droite et du membre inférieur droit en son entier.

Sur tout le corps, la peau semble parfaitement normale, comme coloration, épaisseur et mobilité. Il n'y a point, pour les parties hypertrophiées, de surcharge de tissu graisseux.

Pas de traces de nævi, ni de gêne circulatoire.

Le squelette ne présente point d'altérations rachitiques. Pas de ganglions apparents.

Tête. — La tête est de forme ronde. Les deux moitiés du crâne paraissent symétriques ; seule, la fosse frontale droite est plus proéminente que la gauche.

La face présente une légère hypertrophie de la joue du côté droit qui est plus saillante et à la palpation, plus épaisse, plus charnue que la joue gauche.

Les maxillaires ne semblent pas augmentés de volume.

En faisant ouvrir la bouche, on ne voit que cette seule particularité que les gencives sont plus épaisses du côté droit. La langue est parfaitement symétrique.

Rien à noter du côté de la voûte palatine, ni des amygdales.

Cou. — Le *cou* ne présente pas d'hémi-hypertrophie, ni d'altération du corps thyroïde.

Thorax. — Le *thorax* est assez bien développé, mais d'un peu plus d'amplitude à droite. Son périmètre pris au niveau du mamelon donne 80 centimètres dont 41 centimètres pour la moitié droite, 39 centimètres pour la moitié gauche.

Abdomen. — L'*abdomen* et le *bassin* n'offrent pas de différences sensibles à la mensuration en faveur du côté hypertrophié.

Membres. — Toute l'épaule droite est manifestement hypertrophiée tant à l'inspection qu'à la palpation, et l'hypertrophie semble bien porter sur les muscles de la région, ce que l'on montre en provoquant leur contraction.

Pour la longueur, bras, avant-bras et mains sont respectivement égaux.

Pour la grosseur, on trouve :

	A gauche.	A droite.
Circonférence du bras au tiers supérieur.....	21 cm.	24 cm.
— — — au tiers inférieur.....	20 cm.	22 cm.
Circonférence de l'avant-bras au tiers moyen...	19 cm.	21 cm.
— — — au tiers inférieur.	16 cm.	17 cm.

La main droite, à l'inspection, paraît un peu plus forte que la gauche.

La circonférence de la main, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, donne 19 cm. 5 à gauche, 20 cm. 5 à droite.

Le membre inférieur droit, bien proportionné, bien musclé, l'emporte sur son congénère à la fois en volume et en longueur.

Voici les dimensions que nous avons prises :

	A gauche.	A droite.
Longueur du grand trochanter au sommet de la malléole externe.....	80 cm.	83 cm. 5
Longueur totale du pied suivant son bord interne.....	26 cm.	27 cm.
Circonférence de la cuisse à 10 cm. au-dessus de l'interligne articulaire du genou.....	35 cm.	37 cm. 5
Circonférence de la cuisse à 20 cm. au-dessus de l'interligne articulaire du genou.....	39 cm.	41 cm. 5
Circonférence de la cuisse à 30 cm. au-dessus de l'interligne articulaire du genou.....	43 cm. 5	48 cm.
Circonférence du genou au niveau de l'interligne articulaire.....	33 cm.	35 cm.
Circonférence de la jambe à 10 cm. au-dessous de l'interligne articulaire du genou.....	31 cm. 5	33 cm.
Circonférence de la jambe à 20 cm. au-dessous de l'interligne articulaire du genou.....	26 cm. 5	29 cm.
Circonférence de la jambe au-dessus des malléoles.....	21 cm.	22 cm.
Circonférence du pied au niveau de l'implantation des orteils.....	21 cm. 5	23 cm.

On sent très bien à la palpation l'hypertrophie des condyles du fémur, de la rotule, du plateau tibial.

La force musculaire est un peu plus grande pour les membres droits.

Nous n'avons rien à signaler du côté des *organes internes*, ni des *organes des sens*.

La *sensibilité* est normale pour les deux moitiés du corps. Tous les *réflexes tendineux* existent aux membres supérieur et inférieur droits, mais atténués.

L'*intelligence* paraît moyenne.

EXAMEN ÉLECTRIQUE. — a) *Courant galvanique* :

Aux membres supérieurs, les résultats sont absolument semblables.

Aux membres inférieurs, on obtient de légères contractions :

Au niveau de la région antérieure de la cuisse avec 5 milliampères à gauche, 7 milliampères à droite;

Au niveau de la jambe (groupe des extenseurs) avec 8 milliampères à gauche, 9 milliampères à droite.

Il n'y a pas de réaction de dégénérescence.

b) Courant faradique :

L'excitabilité est normale et égale des deux côtés.

OBSERVATION II

Hypertrophie régulière du membre inférieur gauche et du membre supérieur droit. — Hypertrophie des deux seins. — Examen histologique.

I. — X..., jeune fille de 16 ans, des environs de D..., vient avec sa mère consulter M. le Dr FRANÇOIS HUE, le 29 mai 1899, pour une hypertrophie des deux seins (1).

Le père est mort à 50 ans d'une maladie de cœur. La mère est bien portante et n'a pas eu d'autre enfant que cette fille. Les oncles et les grands-parents sont tous vivants et en bonne santé. On n'a pas souvenir d'avoir jamais vu une malformation quelconque dans la famille.

L'enfant est né à terme. Ses deux premières années ont été assez difficiles. Elevée au biberon, la petite fille a eu des diarrhées fréquentes.

La mère, qui est intelligente, a bien remarqué que dès la naissance l'enfant présentait un développement anormal de certaines parties du corps. Le membre inférieur gauche était beaucoup plus gros que son congénère ; le membre

(1) Les données de la première partie de cette observation nous ont été fournies par M. le Dr FRANÇOIS HUE.

Des deux photographies du sujet que nous reproduisons, celle qui représente l'hypertrophie du membre inférieur a été prise cette année, l'ancien cliché de 1899 ayant été manqué. (Planches I et II.)

supérieur droit était plus développé que celui de gauche, mais la différence entre les membres supérieurs était moindre que celle qui existait pour les membres inférieurs. En même temps, les deux seins avaient un volume tout à fait remarquable ; au dire de la mère ils paraissaient en proportion développés comme chez une femme.

Durant l'enfance et jusqu'à l'âge de 14 ans, époque de l'apparition des premières règles, les seins se sont accrus progressivement ; mais à partir de ce moment leur développement a fait des progrès sensiblement plus rapides. Ces seins sont devenus fort gênants, débordant déjà le corset fait exprès pour eux ; aussi la famille vient-elle consulter un chirurgien.

A l'inspection, la jeune fille est plutôt chétive et maigre, avec une physionomie souffreteuse.

Le membre supérieur droit paraît plus gros que celui de gauche. Mais ce qui saute du premier coup aux yeux, c'est le développement vraiment extraordinaire des deux seins et du membre inférieur gauche.

La cuisse et la jambe gauches semblent avoir un volume presque double de celui des mêmes parties à droite.

Les deux membres inférieurs semblent appartenir à deux individus différents. Voici les mensurations prises :

	A droite.	A gauche.
Longueur de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole externe.....	82 cm.	87 cm.
Circonférence de la cuisse à 10 cm. au-dessus de l'interligne articulaire du genou.....	27 cm.	35 cm.
Circonférence de la cuisse à 20 cm. au-dessus de l'interligne articulaire du genou.....	34 cm.	43 cm.
Circonférence du genou au niveau de l'interligne articulaire.....	26 cm.	34 cm.
Circonférence de la jambe à 10 cm. au-dessous de l'interligne articulaire du genou.....	27 cm.	36 cm.

Circonférence de la jambe à 20 cm. au-dessous de l'interligne articulaire du genou.....	A droite.	A gauche
	49 cm.	25 cm.
Circonférence du pied au niveau de l'articulation médio-tarsienne.....	21 cm.	23 cm.

Au niveau du membre hypertrophié on ne trouve ni œdème ni indurations, ni varices ; la peau est normale et souple, les muscles paraissent développés proportionnellement au volume du membre.

Les fonctions des deux membres inférieurs sont parfaites.

— Pour les seins, ils pendent sur la poitrine comme deux courges à pédicule assez large. Chacun d'eux a le volume d'une tête d'adulte (pl. I).

Les téguments sont parcourus surtout à droite par des veines volumineuses et saillantes. Le mamelon est effacé, pourtant visible. Il n'en suinte et on n'en fait suinter aucun liquide.

La peau est très mobile, recouvrant un tissu conjonctif mou et une glande qui semble hypertrophiée en totalité. On sent très facilement les lobes de celle-ci jusqu'à la périphérie où ils ont encore le volume d'une noix.

Les seins ne sont pas douloureux. La santé générale est jusqu'ici assez bonne, avec bon appétit et fonctions physiologiques satisfaisantes.

Les règles sont régulières, sans douleur, sans retentissement pénible dans les seins.

Un traitement par l'iodothyridine est institué.

M. le Dr FRANÇOIS HUE revoit la jeune malade le 5 juillet et le 29 septembre 1899. Le traitement surveillé par lui n'a donné aucun résultat ; lors même de cette dernière date, les seins semblent avoir encore augmenté de volume ; leur circonférence maxima est pour le sein droit 53 centimètres, pour le sein gauche 52 centimètres.



PLANCHE I. — Aspect des seins hypertrophiés.

Les règles ont manqué au mois d'août et ont repris en septembre.

La malade entre en octobre dans une maison de santé de Rouen ; elle y subit l'ablation du sein droit le 23 octobre 1899.

M. le Dr FRANÇOIS HUE y procède par une double incision longitudinale enlevant une tranche ovulaire de la peau qui porte le mamelon. Le sein s'énuclée facilement comme un lipome. A peine faut-il sectionner quelques brides aux ciseaux.

On pose cinq à six ligatures au catgut surtout sur les veines. On suture. Suites opératoires normales.

On n'a pas enlevé les deux seins en même temps par crainte d'un trop grand traumatisme.

Au commencement de mars 1900, X... revient consulter son chirurgien. L'état général est meilleur ; elle a augmenté un peu de poids et présente un aspect moins souffreteux : aussi elle et sa famille demandent instamment une seconde opération pour le sein gauche dont l'état est demeuré stationnaire.

L'ablation de ce sein a lieu le 17 mars 1900. La jeune fille, partie guérie au début du mois d'avril, ne s'est plus représentée depuis.

II. — A notre demande, avec M. le Dr FRANÇOIS HUE, nous revoyons X.... le 24 juin 1905.

Son aspect a notablement changé, depuis cinq ans. Elle a pris de l'embonpoint ; son facies est excellent, elle jouit d'une très bonne santé.

Les membres sont assez bien développés ; mais le membre inférieur gauche s'est encore en proportion plus accru que celui de droite. (Pl. II.)

A l'inspection, la peau conserve en général sur les diverses parties du corps son aspect normal. Partout elle est souple et fine. Seulement aux deux membres inférieurs, elle

paraît légèrement marbrée, témoignant d'une certaine gêne dans la circulation capillaire.

De plus, au niveau du tiers inférieur de la jambe gauche, au devant de la crête du tibia, existe une ulcération large de 5 centimètres environ, superficielle, survenue il y a trois semaines à la suite d'une écorchure, qui s'est étendue sans doute sous l'influence de troubles trophiques et qui est en ce moment en voie de guérison.

Les deux cicatrices consécutives à l'ablation des seins ont donné le meilleur résultat possible, bien matelassées qu'elles sont par le tissu adipeux.

La mensuration des membres inférieurs donne les résultats suivants :

	A droite.	A gauche.
Longueur de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole externe.....	83 cm.	90 cm.
Longueur du pied, suivant son bord interne....	22 cm.	25 cm.
Circonférence de la cuisse à 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou...	33 cm.	42 cm.
Circonférence de la cuisse à 20 centimètres au-dessus de l'interligne du genou.....	40 cm.	49 cm.
Circonférence du genou au niveau de l'interligne articulaire.....	30 cm.	37 cm.
Circonférence de la jambe à 10 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire du genou..	30 cm.	40 cm.
Circonférence de la jambe à 20 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire du genou..	25 cm.	35 cm.
Circonférence du pied au niveau de l'articulation médio-tarsienne.....	22 cm.	24 cm.

La différence de longueur entre les membres inférieurs, qui il y a cinq ans était de 5 centimètres, est maintenant de 7 centimètres.

On remarque, en même temps que l'hypertrophie du membre inférieur gauche, celle de la grande lèvre du même côté.



PLANCHE II. — Le membre inférieur gauche est plus développé que le membre inférieur droit.

Considéré en lui-même, le membre, hypertrophié en son entier, est régulièrement proportionné, les orteils, un peu plus volumineux qu'à droite, sont bien conformés.

Le tissu cellulaire sous-cutané ne paraît pas être anormalement développé. Les groupes musculaires à la cuisse et à la jambe semblent bien plus considérables que de l'autre côté; la force musculaire est d'ailleurs plus grande qu'à droite.

L'augmentation des os en épaisseur est très sensible; on l'apprécie fort bien à la seule palpation au niveau des condyles, du plateau tibial, de la rotule.

Du fait de l'excès de longueur du membre malade, dans la station verticale, la jeune fille porte naturellement la jambe gauche en avant de la droite; le genou gauche est légèrement fléchi; encore l'épine iliaque antéro-supérieure de ce côté se trouve-t-elle notablement remontée. Dans la marche il y a balancement latéral du corps avec fauchage circulaire du membre inférieur gauche.

Entre les membres supérieurs nous ne trouvons point de différence en longueur. Mais le membre droit paraît cependant plus gros que le gauche. Cela est surtout marqué au niveau de l'épaule, dont les muscles, hypertrophiés à droite, et en particulier le deltoïde, font une saillie notable. Voici la mensuration des deux membres :

	A gauche.	A droite.
Circonférence du bras à 10 centimètres au-dessus du pli du coude.....	23 cm.	24 cm. 5
Circonférence de l'avant-bras à 5 centimètres au-dessous du pli du coude.....	22 cm. 5	25 cm.
Circonférence de l'avant-bras à 10 centimètres au-dessous du pli du coude.....	21 cm.	23 cm.
Circonférence du poignet.....	16 cm.	17 cm.

La main droite a l'air aussi d'être légèrement plus forte

PLANCHE III

EXPLICATION DES FIGURES

FIGURE 1. — GLANDE MAMMAIRE NORMALE (femme âgée de 30 ans). — Un lobule glandulaire périphérique : à droite, la section oblique de son canal excréteur.

FIGURE 2. — HYPERTROPHIE DU SEIN. — Point périphérique, au contact d'une cloison conjonctivo-adipeuse. Cette figure a été dessinée au même grossissement que la précédente.

L'ordonnance lobulaire normale a disparu. On remarque l'ectasie généralisée du système glandulaire. Un canal excréteur a été intéressé dans sa longueur; ses branches, sectionnées sous des incidences diverses, apparaissent dilatées plus ou moins régulièrement jusqu'à leurs extrémités.

L'ectasie des ramifications terminales acineuses est surtout visible vers l'angle gauche de la figure, au voisinage de la travée conjonctive. La lumière de ces canaux contient en plusieurs endroits une substance amorphe (sécrétion de nature albuminoïde).

On reconnaît en différents points de la figure (particulièrement vers son centre et à sa partie inférieure) des formations adénomateuses nettement caractérisées.

La trame conjonctive, dense et fibrillaire, est ordonnée autour des canaux et des différents systèmes acineux.

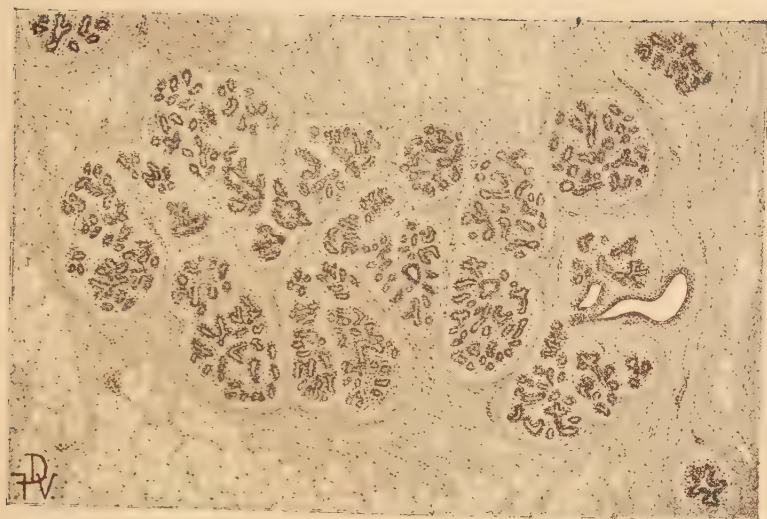


Fig. 1. — Sein normal.



Fig. 2. — Sein hypertrophié.

PLANCHE III. — Préparations histologiques du sein normal et du sein hypertrophié.

que la main gauche, mais la différence est peu appréciable à la mensuration.

X..., actuellement, avons-nous dit, bien portante, ne présente rien d'autre digne d'être rapporté si ce n'est cette particularité que depuis longtemps déjà elle est sujette, au moindre effort, à des sueurs profuses généralisées, dont elle se trouve presque constamment couverte.

Il n'y a rien à noter du côté des organes internes. La sensibilité générale et les sensibilités sensorielles paraissent intactes.

Les réflexes tendineux sont normaux.

A l'examen électrique, on trouve que les réactions aux courants galvanique et faradique sont normales et à peu près identiques pour les membres hypertrophiés et les membres indemnes.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — L'examen histologique des deux seins a été pratiqué par M. le Dr DÉVÉ, qui à ce sujet a encore eu l'obligeance de nous dessiner deux préparations anatomiques (pl. III) et de nous rédiger la note suivante, contenant l'analyse des lésions observées :

L'examen a porté sur quatre morceaux de tumeur inclus dans la paraffine.

Coloration des préparations à l'hématéine-éosine, à l'hématéine Van Gieson, à la thionine.

A un *faible grossissement*, on constate que si l'ordonnance générale de la glande mammaire est encore reconnaissable, sa lobulation normale a disparu ; le tissu connectivo-adipeux interstitiel est réduit à quelques travées clivant, de loin en loin, un tissu fondamental massif constitué par des formations glandulaires modifiées, plongées dans une nappe de tissu conjonctif dense.

Outre l'hyperplasie marquée du tissu interstitiel, deux particularités attirent immédiatement l'attention : d'une part

une *ectasie généralisée et régulière de la canalisation glandulaire*, étendue jusqu'à ses ramifications terminales (sans aucune formation kystique proprement dite) et, d'autre part, l'existence d'*acini glandulaires de néoformation* ordonnés et groupés à l'extrémité de ces canaux dilatés.

Nous avons donc deux éléments à étudier successivement à un *plus fort grossissement* : l'élément épithélial (canaliculaire et glandulaire) et l'élément conjunctivo-vasculaire interstitiel.

a) CANAUX EXCRÉTEURS. — Nous les considérerons exclusivement dans leur portion profonde correspondant aux canaux lobulaires. Ces conduits excréteurs, dilatés jusqu'au niveau de leurs canalicules extrêmes, sont tapissés par un *épithélium cylindrique ou prismatique élevé*, rangé en une seule assise régulière paraissant reposer directement sur le tissu conjunctif sous-jacent, sans membrane basale intermédiaire reconnaissable. Le tissu conjunctif, assez riche en cellules, est disposé en assises serrées, stratifiées parallèlement à la surface épithéliale. Ces cellules à noyau allongé sont surtout abondantes au voisinage immédiat de l'épithélium : celui-ci se trouve en quelque sorte doublé d'une deuxième couche cellulaire, conjunctive, basale.

Dans la lumière de ces canaux excréteurs, on reconnaît, par endroits, des dépôts d'une substance amorphe, grenue, uniformément colorée par l'éosine qui paraît être une sécrétion de nature albuminoïde; de plus, on constate, çà et là, des groupes de cellules épithéliales desquamées.

b) FORMATIONS ACINEUSES. — Les ramifications canaliculaires terminales présentent le même *épithélium cylindrique* régulièrement disposé à la surface des cavités ectasiées. Autour de la plupart de ces cavités on observe une série de *formations glandulaires acineuses, serrées les unes contre les autres et régulièrement groupées*. On remarque que leur

lumière, au lieu d'être réduite à une simple fente, est elle-même notablement dilatée et que, au lieu d'être tapissée de cellules polyédriques, elle est revêtue d'un *épithélium cubo-cylindrique*. Cet épithélium repose d'ailleurs, comme à l'état normal, sur une limitante amorphe qui l'isole du tissu conjonctif sous-jacent parsemé de nombreuses cellules fusiformes.

En aucun point on ne découvre la moindre tendance, de la part de l'épithélium glandulaire, à une effraction de la limitante et à une pénétration du stroma conjonctif.

c) STROMA CONJONCTIVO-VASCULAIRE. — La trame conjonctive est constituée par un tissu adulte, serré, mais faiblement fibreux et faiblement élastique. Il renferme de nombreuses cellules conjonctives étoilées, triangulaires et surtout fusiformes. Ses faisceaux de fibrilles, irrégulièrement enchevêtrés en général, deviennent plus serrés à la périphérie des groupes acineux où ils se disposent en lamelles concentriques : chacun des petits systèmes adénomateux se trouve de la sorte nettement séparé des acini voisins.

Les vaisseaux sont relativement très peu nombreux et de faible calibre : ce sont de petites fentes capillaires reconnaissables à leur endothélium, de petites veinules, de petites artérioles à paroi faiblement musculaire. Seules, deux ou trois artérioles plus volumineuses présentent un épaississement appréciable de leur tunique adventice.

EN RÉSUMÉ : *Adénome typique du sein avec fibrose périacineuse et péricanaliculaire et ectasie glandulaire généralisée.*

CHAPITRE II

Etude clinique

1° SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

Dans nos 165 cas, l'hypertrophie était ainsi localisée :

76 fois à un segment de membre ;

31 — à une extrémité seule ;

26 — à toute une moitié du corps ;

16 — à une moitié de la face seule ;

14 — à une partie de chaque moitié du corps.

De plus, pour deux cas, la localisation était tout à fait particulière :

L'hypertrophie siégeait à la moitié supérieure du corps (STEMBO, obs. 164) ; aux muscles accessoires de la respiration à droite (MORISON, obs. 165).

A part les 14 cas où étaient intéressées les deux moitiés du corps et 23 autres cas où nous ne savons quel côté était atteint, 70 fois l'hypertrophie siégeait à droite, 58 fois à gauche.

Hypertrophie du membre inférieur. — Dans l'hypertrophie portant sur une extrémité seule, le membre inférieur paraît être un peu plus souvent atteint que le membre supérieur (18 fois contre 13). Pour l'hémi-hypertrophie totale, c'est lui aussi généralement le plus volumineux.

Quand l'un d'eux est hypertrophié, la différence entre les membres inférieurs est d'ordinaire très marquée.

« En découvrant le malade étendu sur son lit, disent TRE-

LAT et MONOD (1), on est frappé par la disproportion entre les deux membres, l'un d'eux, plus volumineux et en même temps plus long. Les malléoles, les genoux ne sont plus au même niveau ; il en est de même des deux plantes du pied, dont l'une descend plus bas que l'autre. »

Ainsi que l'ont observé les mêmes auteurs, l'épine iliaque est plus élevée du côté hypertrophié et si l'on fait lever le malade on constate une ascension de tout un côté du bassin, démontrée par une élévation de la fesse hypertrophiée et par celle de l'épine iliaque.

Le tronc n'est donc point posé d'aplomb sur les deux jambes, mais c'est du fait seul de l'inclinaison du bassin due elle-même uniquement à l'allongement du membre. Et cela est si vrai que, pour rendre au bassin et au tronc leur position normale, il suffit de faire fléchir le genou.

Du même coup l'hypertrophie longitudinale est établie sans le secours d'aucune mensuration.

On peut encore arriver à la même démonstration en priant le sujet de se tenir droit, les jambes bien parallèles. On voit aussitôt le pied du côté le plus court quitter le sol et s'élever de toute la différence entre les deux membres.

L'augmentation de volume accompagne toujours l'augmentation en longueur. Elle existe quelquefois seule.

Dans ce dernier cas, elle peut être difficile à constater quand la différence est médiocre et qu'il y a des varices et de l'œdème concomitant, ou seulement à mesurer lors d'une hypertrophie physiologique surajoutée, consécutive à une exagération fonctionnelle. D'où la nécessité de ne procéder à l'examen qu'après un long repos au lit du malade.

L'hypertrophie osseuse en épaisseur peut être mise en évidence pour les os superficiellement placés par la simple pal-

(1) TRÉLAT et MONOD, De l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale. *Archives générales de médecine*, 1869.

pation. On mesure assez précisément la rotule, la face interne du tibia, les malléoles, au moyen du compas d'épaisseur. On a eu recours plusieurs fois à l'examen radiographique.

L'augmentation en longueur facilement mesurable au ruban métrique paraît être en moyenne de 2 à 4 centimètres. Elle est parfois beaucoup plus considérable, de 19 centim. (FRIEDBERG, obs. 47), de 10 centim. (OLLIER, obs. 6), de 9 centim. (DUPLAY, obs. 62), de 7 centim. (dans notre cas II).

Comme l'ont fait remarquer TRÉLAT et MONOD (1), il n'y a pas de claudication avec le simple allongement du membre inférieur. Même dans les cas extrêmes, comme pour celui de FRIEDBERG, la marche est seulement accompagnée d'un balancement du corps, avec fauchage circulaire du membre hypertrophié.

Membre supérieur. — L'hypertrophie du membre supérieur, nous l'avons vu, est moins fréquente que celle du membre inférieur. Elle existe également moins souvent isolée qu'associée à cette dernière. Elle est aussi en général moins accentuée. La différence en longueur manque assez fréquemment. Mais presque toujours les muscles de l'épaule et surtout le deltoïde paraissent nettement hypertrophiés.

Dans quelques cas, le membre supérieur acquiert en volume et en longueur des dimensions remarquables. Chez un jeune homme de 17 ans (DEVOUSGES, obs. 2) et même chez une petite fille de 8 ans (OSLER, obs. 53), l'hypertrophie l'emportait de 4 centim. en longueur. Mais le développement peut être excessif (GALVANI, obs. 61 ; MORESTIN, obs. 66).

Hypertrophie limitée aux segments de membres. — Elle siège principalement au pied et à la main, et surtout au niveau des orteils et des doigts. Pour les orteils, les deux premiers sont particulièrement affectés ; pour les doigts, le médium et l'index.

(1) TRÉLAT et MONOD, *loc. cit.*

Bassin. — Les dimensions du bassin semblent généralement augmentées dans l'hypertrophie du membre inférieur.

Organes génitaux. — L'hypertrophie d'une moitié du scrotum a été notée dans deux cas (J. ADAMS, obs. 43; MOUCHET, obs. 69); celle d'une grande lèvre, dans deux observations également (CAGIATI, obs. 23; notre cas II).

Abdomen. — La laxité des parois abdominales, la difficulté de trouver des points de repère exacts rendent la mensuration difficile.

REDARD, dans deux cas d'hypertrophie de l'extrémité inférieure (obs. 34 et 60), a trouvé une augmentation de la moitié correspondante de l'abdomen.

Il doit en être ainsi pour la plupart des cas d'hémi-hypertrophie totale, mais la différence y est à peine sensible à la vue et à la mensuration; dans le cas d'OLLIER (obs. 6) cependant elle était de 3 à 4 centimètres.

Thorax. — L'hypertrophie y est plus apparente qu'à l'abdomen, plus facile également à mesurer, surtout à l'aide du cyrtomètre de WOILLIEZ. Mais elle manque souvent et, quand elle existe, est presque toujours légère.

Dans une observation unique, celle de MORISSON (obs. 165), l'hypertrophie portait seulement sur les muscles accessoires de la respiration de la moitié droite du corps, spécialement sur le grand pectoral, le trapèze, le sterno-cléido-mastoïdien, les scalènes.

Le développement hypertrophique de la mamelle est très rare. CHASSAIGNAC (obs. 4) en avait signalé un cas à la Société de chirurgie. SAMUEL ADAMS (obs. 16) en a rapporté un second relatif à un jeune garçon de 10 ans atteint d'hémi-hypertrophie totale. Mais nous n'avons trouvé aucun détail sur ces deux cas.

La jeune fille de notre cas II présentait une hypertrophie congénitale caractéristique des deux seins.

Cou. — Une moitié du cou est rarement augmentée d'une manière notable. MOXON (obs. 7) a trouvé une différence de 2 centim. au niveau de la saillie du cartilage thyroïde; cette différence n'existait plus à la partie inférieure du cou.

L'hypertrophie est due tantôt au développement anormal des muscles de la nuque, tantôt à celui du sterno-cléido-mastoïdien.

Face. — L'hémi-hypertrophie faciale est fort intéressante.

Elle a été particulièrement étudiée par SABRAZÈS et CABANNES (1).

Sur 40 cas que nous avons réunis, 16 fois elle existait seule et 24 fois associée à l'hypertrophie des membres. Elle siégeait 24 fois à droite, 12 fois à gauche. Nous n'avons pu savoir de quel côté pour 4 cas.

L'hypertrophie peut ne porter que sur les parties molles et être très légère; on ne trouve guère que la saillie un peu plus considérable d'une joue, comme dans notre cas I. C'est ce qui est assez fréquent pour l'hémi-hypertrophie totale.

La déformation est bien plus marquée pour l'hémi-hypertrophie faciale seule, et dans quelques cas, surtout ceux de BARWELL (obs. 151), KIWELL (obs. 158), SABRAZÈS et CABANNES (obs. 159), KIRMISSON (obs. 160), MIGUEL GIL Y CASARÈS (obs. 162), le tissu osseux prend dans le développement anormal une part considérable. Le sujet de BARWELL avait le côté droit de la face deux fois plus large et moitié plus long que le côté gauche.

Voici les principaux caractères observés :

La joue est augmentée de volume dans sa totalité; elle est soulevée et son aspect, selon SABRAZÈS et CABANNES, rappelle de loin à s'y méprendre la déformation produite par une grosse fluxion dentaire. Le nez, qui demeure toujours normal,

¹⁾ SABRAZÈS et CABANNES, Hémi-hypertrophie faciale, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, t. XI.

est dévié par sa pointe du côté opposé : toute la physionomie semble participer à cette déviation et la ligne médiane du visage forme une courbe à concavité tournée du côté normal (SABRAZÈS et CABANNES). Le sillon naso-génien se trouve pour ainsi dire comblé. Comme par le poids des tissus hypertrophiés, la commissure buccale est déviée vers le bas et la fente labiale est oblique.

Les lèvres participent ordinairement à l'hypertrophie, l'une l'emportant quelquefois de beaucoup sur l'autre ; l'inférieure (FRIEDREICH, obs. 149 ; PASSAULT, obs. 152), la supérieure (SABRAZÈS et CABANNES). Elles étaient trois fois plus épaisses d'un côté (KIWULL).

Les deux oreilles ne sont quelquefois pas sur le même plan (CAGIATI, obs. 23). L'oreille de la partie malade est souvent volumineuse (FRIEDREICH ; ARAOZ ALFARO, obs. 21, etc.). Le pavillon de l'oreille droite était augmenté dans tous ses diamètres (FRIEDREICH). Le lobule surtout est hypertrophié, parfois entraîné en bas par la malformation de la face (KIWULL).

Des os de la face, le maxillaire supérieur est ordinairement le plus hypertrophié. Chez une petite fille de 9 mois (KIRMISSON) il formait à droite une énorme tumeur prééminente du côté de la voûte et du voile du palais, rejetant énormément la joue en avant, attirant en bas et déjetant du côté gauche l'aile du nez, de telle sorte qu'on pensa d'abord à un ostéo-sarcome. L'os zygomatique faisait une saillie remarquable et avait une largeur et une longueur doubles de celles de son congénère (HANKEL, obs. 137).

La branche gauche du maxillaire inférieur, dans le cas de HEATH (obs. 135), avait déjeté le menton à droite ; la hauteur de la branche horizontale gauche était de 3 travers de doigt, pour l'autre de un et demi.

Les rebords alvéolaires sont très souvent plus volumineux

d'un côté, même quand au reste de la face l'hypertrophie semble ne porter que sur les parties molles.

Les dents peuvent demeurer indemnes. Quelquefois elles sont plus épaisses, plus longues, plus larges, dans la partie hypertrophiée (FRIEDREICH, HEUMANN, obs. 150. GAYET, obs. 151), ou bien elles ont eu simplement une évolution plus rapide (SABRAZÈS et CABANNES).

La moitié gauche de la voûte palatine était le double de la droite (HANKEL). La voûte palatine était ogivale (SABRAZÈS et CABANNES, MIGUEL GIL Y CASARÈS).

La langue reste assez souvent normale ; mais parfois elle a subi dans une de ses moitiés une hypertrophie énorme à ce point d'y être doublée, triplée de volume (FRIEDREICH, ZIEHL, obs. 156 ; KIWULL). Dans le cas de FRIEDREICH, d'après l'expression de cet auteur, la moitié gauche de la langue ne paraissait qu'un appendice insignifiant surajouté à la moitié droite.

On a trouvé les papilles linguales très augmentées de volume (FRIEDREICH, KIWULL). Les papilles fongiformes avaient près de 3 millimètres de longueur et donnaient à la surface de la langue un aspect framboisé, les papilles filiformes étaient également très allongées et épaisses, et on les distinguait à l'œil nu (FRIEDREICH).

Dans ces cas d'hémi-hypertrophie considérable de la langue, celle-ci est inclinée vers le côté sain (KIWULL, MIGUEL GIL Y CASARÈS).

L'hypertrophie de l'amygdale a été notée fréquemment, l'amygdale avait au moins le volume d'une noix (FRIEDREICH).

La luette était déviée du côté opposé à la malformation (FISCHER, obs. 153).

On n'a jamais noté l'hypertrophie des glandes salivaires, mais il y avait une hypersécrétion marquée de ces glandes dans les cas de FRIEDREICH, HEUMANN, ZIEHL, etc...

Le malade d'HEUMANN présentait un écoulement de salive incessant par un des angles de la bouche.

Crâne. — L'hypertrophie y est bien moins marquée qu'à la face. Aussi quand cette dernière est atteinte, est-on frappé en général de ce que l'excès de volume, tant des parties osseuses que des parties molles est limité en haut par le rebord sous-orbitaire, les deux moitiés du front demeurant parfaitement symétriques, ainsi que les yeux.

On a cependant observé plusieurs fois une réelle asymétrie crânienne (FISCHER, SABRAZÈS et CABANNES, CAGIATI).

On trouve surtout une proéminence de la bosse frontale, puis de la bosse pariétale ou occipitale.

Le rebord sus-orbitaire participait au processus (KRWULL); la cavité orbitaire gauche était agrandie (HANKEL).

Organes des sens. — Deux fois on a rencontré la fente palpébrale et le globe de l'œil plus grands du côté hypertrophié (HERMANIDÈS, obs. 161; CAGIATI). Chez une petite fille de 41 mois, la fente palpébrale gauche l'emportait sur la droite d'environ 5 millimètres; tout le bulbe était augmenté de volume; le diamètre de la cornée gauche mesurait 2 millimètres de plus que celui de la cornée droite (CAGIATI).

Il existait à la fois du strabisme convergent et de la myopie, toujours du côté hypertrophié, dans deux cas (ZIEHL, CAGIATI).

DUZÉA (obs. 58) a rapporté un cas curieux de mydriase chez un sujet atteint d'hypertrophie du membre inférieur droit. Le diamètre de la pupille droite était au moins le double de celui de la pupille gauche. Cette différence n'était pas accidentelle; à chaque examen elle était constatée et chaque fois avec la même intensité. Il n'y avait aucun trouble de la vision; jamais n'était survenue aucune affection du côté de l'un des yeux. Sous l'influence de la lumière, chaque pupille se contractait proportionnellement, et dans n'importe quel état de

contraction ou de dilatation, la différence restait la même dans leurs dimensions réciproques.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit sur l'oreille. Si ce n'est que, dans le cas de FRIEDREICH, le conduit auditif était fortement rétréci, grâce à l'épaississement insolite de son revêtement cutané.

Les diverses sensibilités sensorielles sont, somme toute, rarement touchées.

La vue et l'ouïe était plus développées du côté normal (OLLIER, obs. 6). L'ouïe était dure des deux côtés (HANKEL).

Une seule fois on a trouvé la sensibilité gustative plus obtuse dans la moitié hypertrophiée de la langue (FRIEDREICH).

Dans un seul cas il y avait absence complète de l'odorat (CAGIATI, obs. 23).

Peau. — La peau peut être parfaitement normale, fine et souple dans toute la partie hypertrophiée; mais souvent elle est très épaisse. Elle présente dans certains cas, comme celui de DUPLAY (obs. 62), un véritable état éléphantiasique.

On a assez fréquemment remarqué l'épaississement de l'épiderme, sa desquamation et parfois son aspect ichthyosique.

Le tissu cellulaire sous-cutané est très souvent augmenté.

La pigmentation de la peau a été observée par FINLAYSON (obs. 11), TILANUS (obs. 13), CAGIATI (obs. 23), LEWIN (obs. 33), KUSS et JOUON (obs. 134), FRIEDREICH (obs. 149), ZIEHL (ob. 156).

Principalement dans le cas de FRIEDREICH, on voyait sur la joue droite une tache brune, arrondie, du diamètre d'une pièce de 50 centimes formée par un dépôt de pigment; plusieurs taches analogues existaient sur le côté droit du cou, et dans ces points le derme était épaissi et la peau présentait une surface rugueuse.

Chez le sujet de CAGIATI, la coloration de la peau était caractéristique dans toute la moitié hypertrophiée du corps. Dans certaines parties elle était plus foncée que normalement; dans

d'autres plus pâle. Dans les parties foncées, la peau tirait sur un ton brunâtre. De plus, on observait un épaissement de l'épiderme qui formait un relief d'environ un millimètre. Ces taches étaient parcourues par de nombreux sillons, et en grattant légèrement on détachait de très menues squames cornées. Dans les points au contraire où la peau était plus pâle, on avait un amincissement de l'épiderme qui était lisse et ne présentait ni sillons, ni desquamations.

Dans quelques observations sont constatées des ulcérations cutanées siégeant au tiers inférieur de la jambe, soit à la face externe, soit à la face interne; elles sont superficielles, ont peu de tendance à la cicatrisation et doivent sans doute être regardées comme le résultat de troubles trophiques, ainsi qu'en particulier dans notre cas II.

Parmi les glandes de la peau, les glandes sudoripares sont les plus souvent intéressées.

Les sueurs étaient abondantes au niveau de la partie hypertrophiée (BILLROTH, ob. 109; DUZEA, obs. 57, etc.), même au repos (DUPLAY, obs. 63, KLIPPEL et TRENAUNAY, obs. 65). Dans une hypertrophie du membre inférieur, on voyait se former rapidement sur le dos du pied et des orteils de véritables petits ruisseaux de sueur qui inondaient le lit (DUPLAY).

La jeune fille de notre cas II, à la moindre fatigue, avait des sueurs profuses, généralisées, si bien qu'elle en était couverte presque continuellement.

Pour les glandes sébacées, on a signalé à plusieurs reprises leur hypertrophie. Dans le cas de FRIEDREICH (obs. 149), du côté de la malformation de la face, au niveau du pavillon de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, la peau contenait un grand nombre de follicules sébacés, hypertrophiés, distendus, et était recouverte d'une couche grasseuse qui se renouvelait sans cesse.

Comme autres annexes de la peau, les cheveux étaient

par places plus rudes, plus secs (ZIEHL, obs. 156; KIWELL, obs. 138), frisottés en une trainée avec hyperchromie du cuir chevelu dans la région occipitale (SABRAZÈS et CABANNES, obs. 159).

On a noté un développement exagéré des poils du côté hypertrophié (DUZEA, obs. 57; KUSS et JOUX, obs. 134, HERTOEGHE, obs. 163, etc...). Le pavillon de l'oreille droite était couvert de poils nombreux, longs de plusieurs millimètres; il en était de même à la joue, à la tempe, le long de la mâchoire inférieure (FRIEDREICH).

Les poils atteints sont souvent raides, cassants.

Les ongles peuvent s'hypertrophier surtout au niveau des orteils; on les trouve alors épais, striés en long, écaillés, déformés.

Nævi. — Bien que les nævi soient bien loin d'être constants dans l'hypertrophie congénitale, ils constituent encore pour cette maladie une lésion curieuse, fréquente, peut-être d'une réelle importance, et qu'ont décrite avec grand soin la plupart des auteurs.

Ils se rencontrent surtout avec une hypertrophie portant au moins sur une extrémité.

Ces nævi, d'origine congénitale, affectent les dispositions les plus variées. Il s'agit tantôt d'une tache isolée, tantôt d'un groupe de taches, plus ou moins foncées, à contours plus ou moins irréguliers, séparées les unes des autres par des intervalles de peau normale.

Le nævus enfin se présente parfois sous la forme d'un placard unique, pouvant couvrir une très grande surface (DUZEA, obs. 57; GRIMAUD, obs. 37, etc.).

Chez le malade de GRIMAUD, où il existait une hypertrophie des extrémités opposées, en plus de taches næviformes siégeant aux membres supérieurs, un large nævus comprenait presque tout le membre inférieur gauche, une grande partie

de la face antéro-externe du membre inférieur droit, une vaste surface de l'abdomen et du thorax en avant et en arrière et des deux côtés.

Variable également est la coloration des *nævi* ; elle passe par toutes les nuances du rose le plus clair au rouge violacé ; elle peut changer d'une place à l'autre chez le même individu.

La position influe beaucoup sur son intensité ; la coloration s'atténue dans la position horizontale, s'exagère dans la verticale (DUPLAY, obs. 63). Les taches s'effacent à la pression pour reparaître aussitôt après.

Les *nævi*, en règle générale, occupent la moitié du corps où siège l'hypertrophie et s'y limitent ; il y a pourtant quelques exceptions (CHASSAIGNAC, obs. 44 ; KUSS et JOUON, obs. 134 ; RAYNAUD, obs. 136 ; CAGIATI, obs. 23).

La limitation à la ligne médiane est particulièrement frappante dans trois observations (J. ADAMS, obs. 43 ; DUPLAY, obs. 62 ; KLIPPEL et TRENAUNAY, obs. 65) où sont décrits de vastes *nævi* accompagnant chacun une hypertrophie du membre inférieur. Il y a arrêt brusque, avec une exactitude mathématique, à la ligne blanche et au raphé médian des bourses.

La topographie des *nævi* par rapport à la distribution des racines nerveuses est intéressante dans deux observations : l'angiome se trouvait limité aux territoires des racines. L⁸, S¹ S² S³ S⁴ (DUPLAY, obs. 62). Le *nævus* occupait aux membres supérieurs les territoires des sixième, septième et huitième racines cervicales et première dorsale ; aux membres inférieurs, les territoires des quatrième et cinquième racines lombaires et première sacrée à gauche, ceux des deux premières racines lombaires à droite (GRIMAUD, obs. 37).

Varices. — Elles sont ici remarquables surtout par leur précocité et leur unilatéralité. Elles débutent assez souvent dès l'enfance et siègent sur des veines sous-cutanées quelconques, mais du côté hypertrophié. On trouve rarement de

gros paquets variqueux comme dans le cas de KLIPPEL et TRENAUNAY (obs. 65). Ce sont de simples dilatations veineuses sans pelotonnement.

Etat des artères. — Cliniquement on a seulement noté parfois l'augmentation de volume d'une artère du membre hypertrophié.

Température. — Les recherches de température des surfaces périphériques devraient être faites, pour être précises, avec des appareils sensibles thermo-électriques. Ainsi REDARD (1) a montré la variation des résultats suivant les conditions du milieu ambiant, la durée de l'exposition et l'air froid ou chaud.

En général, quand il y a une différence de température, elle est en faveur de la partie hypertrophiée.

Force musculaire. — A l'hypertrophie des muscles correspond naturellement une force musculaire plus grande. Pour un cas d'hémi-hypertrophie droite totale, OLLIER (obs. 6) donne sur l'état des forces de son malade mesurées au dynamomètre les chiffres suivants :

Bras droit, 35 kilogr. — Bras gauche, 25 kilogr.
Jambe droite, 25 kilogr. — Jambe gauche, 15 kilogr.

Le malade de DEVOUSGES (obs. 2) soulevait 50 kilogr. avec l'auriculaire droit, 25 kilogr. seulement avec le gauche normal.

Le plus souvent cette augmentation de la force musculaire est beaucoup moindre et fait même défaut.

Etat des nerfs. — Dans cinq cas d'hémi-hypertrophie de la face, il y avait de la parésie due très probablement à la compression du nerf facial au niveau du rocher hypertrophié (CAGIATI, obs. 23; THOMAS, obs. 38; ZIEHL, obs. 156; KIWULL, obs. 158; SABRAZÈS et CABANNES, obs. 159).

(1) REDARD. De l'hypertrophie congénitale partielle. *Archives générales de médecine*, 1890.

Sensibilité générale. — On n'en a jamais observé de troubles, à part quelques très rares exceptions. Le sujet d'HIGGINBOTHAM (obs. 46) présentait de l'anesthésie du membre supérieur atteint.

Les réflexes superficiels et profonds sont normaux.

Examen électrique. — SABRAZÈS et CABANNES (obs. 159) et CAGIATI (obs. 70) ont constaté la diminution de l'excitabilité galvanique et faradique. Une fois existait la réaction de dégénérescence du facial (CAGIATI, obs. 23).

Dans ses deux cas, THOMAS (obs. 22 et 38) n'a noté de diminution que pour la seule excitabilité faradique. HOFFMANN (obs. 36) et TILANUS (obs. 43) n'ont pas eu de différence, aux deux courants, pour les parties normales et les parties hypertrophiées.

THOMAS attribue la diminution de l'excitabilité électrique non à l'épaississement du tissu conjonctif, mais à une constitution spéciale du tissu musculaire.

L'*Intelligence*, dans l'hypertrophie congénitale, demeure absolument intacte.

On n'a jamais rien remarqué cliniquement du côté des *viscères*.

2^e FORMES CLINIQUES

KIRMISSON (1) a nettement établi ce point de la plus grande importance que, sous le titre d'hypertrophie congénitale, on avait décrit des faits très différents les uns des autres.

Tantôt il s'agit d'un membre volumineux, mais en lui-même parfaitement conformé; tantôt d'une extrémité développée de manière monstrueuse; tantôt encore de tumeurs surajoutées.

(1) KIRMISSON, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898.

Aussi KIRMISSON a-t-il introduit cette classification légitime de l'hypertrophie congénitale en hypertrophie de forme régulière et hypertrophie de forme irrégulière.

La forme régulière est assez bien déterminée; on peut même en concevoir un type caractéristique complet : un membre est hypertrophié en totalité; il est plus gros, plus long que son congénère, mais il a gardé dans ses diverses parties les proportions d'un membre normal; tous ses plans constituants sont également développés; à son niveau, existent des naevi, de l'hypertrichose, de l'hyperhydrose, de l'hyperthermie.

Mais ce type se trouve rarement réalisé; les derniers symptômes sont fréquemment absents. Si, dans cette forme régulière, tous les plans constituants du membre sont atteints, assez souvent le tissu conjonctif l'emporte encore pour le développement. Quelquefois le membre est bien conformé dans son ensemble, cependant une de ses parties paraît à proportion un peu plus forte que les autres : par exemple pour l'extrémité inférieure, ce sera la jambe ou le pied.

Mais, même dans ces cas, on peut encore dire, comme nous l'avons énoncé déjà au début de notre étude, que l'hypertrophie consiste ici dans le développement congénital plus grand sans altération de forme ni de structure, d'une moitié du corps atteinte en partie ou en totalité.

L'hypertrophie peut être rendue irrégulière soit par le développement monstrueux de la partie malade, soit par l'addition de tumeurs, soit aussi par des déviations quand il s'agit des doigts et des orteils.

Les parties hypertrophiées atteignent parfois un volume énorme.

Dans un cas de GALVANI (obs. 61), le membre supérieur droit était tellement volumineux et pesant que pour maintenir l'équilibre le sujet se penchait du côté gauche.

Le malade de MORESTIN (obs. 66) portait son membre supérieur gauche comme un fardeau, en le soutenant de la main droite.

Après amputation, une main pesait 8 livres (HENDERSON, obs. 52).

Un deuxième orteil était 8 à 10 fois plus considérable que le gros orteil (MORESTIN, obs. 135).

On pourrait multiplier les exemples tant pour le membre inférieur que pour le membre supérieur.

Cette difformité dans l'hypertrophie paraît due à l'abondance excessive du tissu cellulaire sous-cutané.

De même les tumeurs surajoutées sont ordinairement constituées par des bourrelets ou des coussinets adipeux siégeant à la face dorsale ou plantaire du pied, à la paume de la main ou seulement au niveau des orteils et des doigts (IDELER, obs. 30; OSLER, obs. 53, etc...).

Le pied dans son entier peut prendre l'aspect d'une masse arrondie, molle et élastique, d'où émergent les orteils (ALBERT, obs. 104; DUPLOUY, obs. 120, etc...).

Quand il y a hypertrophie de deux ou trois doigts, la partie correspondante de la main est souvent elle-même augmentée, matelassée par le tissu graisseux (LEGENDRE, obs. 84; WULFF, obs. 89, etc.).

Parfois il s'agit d'un véritable lipome circonscrit (BILLROTH, obs. 109).

Dans le cas de JOUON (obs. 64), une énorme tumeur de la région pectorale et du moignon de l'épaule chez un nouveau-né semblait être un lymphangiome kystique avec des parties angiomateuses.

Pour les déviations des doigts et des orteils, elles sont relativement rares.

Aux doigts, elles portent surtout sur le médus et l'index.

Les doigts sont courbés latéralement, infléchis en avant ou arrière.

Quand un seul doigt, atteint d'hypertrophie, présente une déviation latérale, il se courbe de façon à recouvrir plus ou moins les doigts voisins ou à en être recouvert (KLEIN, obs. 97). Si deux doigts voisins offrent des inclinaisons, ou ils s'emboîtent réciproquement, ou ils forment entre eux un angle permanent dont le sommet répond à la commissure interdigitale (QUILLON, obs. 68).

En même temps que les déviations, il faut encore noter une anomalie de développement qui est peu fréquente : la syndactylie des doigts et des orteils hypertrophiés (KIRMISSON, obs. 131 ; BÉGOUIN et SABRAZÈS, obs. 139).

Mais l'hypertrophie irrégulière ne se distingue pas seulement de l'hypertrophie régulière par des signes physiques, mais aussi, comme nous le verrons, par une évolution quelquefois rapide et des troubles fonctionnels sérieux.

KUSS et JOUON (1) ont d'autre part mis en évidence l'accord existant entre la classification topographique et la classification suivant le volume et la forme.

L'hypertrophie régulière s'observe principalement dans les cas où tout un côté du corps ou au moins tout un membre est intéressé. Déjà TRÉLAT et MONOD (2), qui avaient en vue exclusivement cette hypertrophie dont ils disaient que « quelle que soit la portion du corps atteinte, il y a vice de conformation, mais non difformité véritable », négligeaient de parti pris l'hypertrophie des segments.

Or, à part pourtant quelques exceptions d'hypertrophie irrégulière de tout un membre (obs. 61 et 66), c'est dans les cas d'hypertrophie des segments qu'il existe le plus souvent des difformités.

(1) KUSS et JOUON. *Revue d'orthopédie*, nov. 1899.

(2) TRÉLAT et MONOD, *loc. cit.*

Et le fait est d'autant plus marqué que le segment atteint est plus éloigné de la racine du membre, tels la main, le pied, et plus particulièrement les doigts et les orteils.

Enfin, quand elle se présente seule, l'hémi-hypertrophie faciale est presque toujours irrégulière.

Ainsi donc, en général, à la forme régulière correspond l'hypertrophie de toute une moitié du corps ou de tout un membre. De la forme irrégulière relèvent l'hypertrophie des segments de membre et celle de l'extrémité céphalique seule.

CHAPITRE III

Evolution.

En général l'hypertrophie dans la forme régulière conserve ses proportions initiales par rapport à la partie correspondante dans toute la période de croissance. Parfois on l'a vue diminuer (THOMAS, obs. 38 et notre cas I). Mais dans la forme irrégulière il y a tendance marquée à l'accroissement, auquel la puberté vient souvent donner une nouvelle impulsion. Le pronostic est loin d'être toujours bénin : il suffit pour s'en rendre compte de jeter les yeux sur la liste déjà importante des opérations nécessitées :

2 cas d'amputation de tout le membre supérieur (GALVANI, obs. 61 ; MORESTIN, obs. 66).

1 cas d'amputation de la main (HENDERSON, obs. 52).

9 cas de désarticulation des doigts (BILLROTH, obs. 109 ; GUERSANT, obs. 87 ; ANNANDALE, obs. 92 ; KLEIN, obs. 97 ; VIARDIN, obs. 110 ; FISCHER, obs. 112 et 113 ; BÉGOUIN et SABRAZÈS, obs. 139).

1 cas d'amputation de la jambe (PACKARD, obs. 118).

4 cas d'amputation partielle du pied (DUBREUIL, obs. 116 ; DUPLOUY, obs. 120 ; D'URSO, obs. 128 ; GAYET et PINATELLE, obs. 147).

2 cas de désarticulation des orteils (WITTELSHÖFER, obs. 54 ; GALVANI, obs. 130).

On doit ajouter l'ablation d'un pouce surnuméraire (KIRMISSON, obs. 132), la dissection des tissus malades pour un

doigt dont on avait refusé la désarticulation (CAZIN, obs. 115), deux ablations de tumeurs congénitales surajoutées (TH. ANGER, obs. 117 ; KISS et JOLON, obs. 134), enfin l'ablation des deux seins hypertrophiés (notre cas II).

Soit un ensemble de 24 interventions, nécessitées soit par le volume considérable et très gênant de la partie hypertrophiée, soit par les raideurs articulaires et les déformations de doigts devenus complètement inutiles.

Deux fois, l'une pour la désarticulation d'un doigt (FISCHER, obs. 112), l'autre pour une désarticulation métatarso-phalangienne (GAYET et PINATELLE, obs. 147), l'opération fut impuissante, et l'on vit l'hypertrophie gagner tout le membre.

On compte trois morts par tumeurs malignes. Deux malades de GAYET (1) succombèrent, le premier à un ostéo-sarcome du cubitus, le second à un ostéo-sarcome de la base du crâne; le malade de POLLOSSON (obs. 10) mourut d'un lymphadénome généralisé.

Enfin, chez une jeune femme atteinte d'une hypertrophie des deux membres supérieurs et de la moitié droite de la face (RAPIN, obs. 39), il se développa une tumeur maligne au niveau du dos de la main droite. Aug. REVERDIN en fit l'ablation, mais il y eut récédive.

(1) GAYET. *Soc. chir.* 1865, mémoire égaré cité par MARMÉJEAN. *Th. Montpellier*, 1888.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Dans l'ensemble de nos 165 observations, nous trouvons 7 autopsies dont 2 avec examens histologiques. Pour 20 opérations sur les membres, amputations et désarticulations, il n'y en a guère que 9 où soient donnés quelques renseignements sur les parties enlevées. Il faut ajouter deux examens de tumeurs congénitales et trois autres de fragments des tissus malades prélevés sur le sujet et soumis à l'étude histologique.

Enfin, nous avons déjà donné l'analyse de notre examen microscopique de deux seins hypertrophiés, nous en rappellerons plus loin les lésions observées.

Nous rapporterons d'abord les résultats des autopsies :

I (FRIEDREICH, obs. 449). *Hémi-hypertrophie droite de la tête*. Jeune fille de 16 ans environ, morte des suites d'une fièvre typhoïde.

Le rocher droit était évidemment plus épais, plus saillant que le gauche et les inégalités de sa surface manifestement plus prononcées.

Les autres parties du crâne, de même que l'encéphale, ne présentaient rien d'anormal.

II (GAYET, obs. 151). *Hypertrophie du côté gauche de la face*. Le malade avait succombé à un ostéo-sarcome de la base du crâne.

L'autopsie permit de constater une énorme hypertrophie

des os, des dents, de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, et même des muscles. Il y avait en même temps un très grand relâchement de l'articulation temporo-maxillaire.

III (EWALD, obs. 107). *Hypertrophie de la main gauche, surtout pour l'index et le médius*. Mort par pneumonie.

On trouva une hypertrophie générale des os, des muscles, du pannicule graisseux et de la peau.

IV (POLLOSSON, obs. 10). *Hémi-hypertrophie droite*. L'autopsie ne porta que sur des lymphadénomes malins occupant presque tous les ganglions de l'économie et qui avaient déterminé la mort.

V (SOPHIE HARNSTEIN, obs. 18). *Hypertrophie des membres à droite et de l'oreille correspondante*. Enfant de 2 mois 1/2.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étaient surtout anormalement développés, mais l'hypertrophie portait également sur les muscles et un peu sur le tissu osseux. Le diamètre des artères et des veines était plus grand, leurs parois plus épaisses. Les troncs nerveux étaient aussi plus volumineux à droite.

A l'examen histologique, on observa au milieu des espaces lymphatiques et quelquefois au milieu des faisceaux nerveux eux-mêmes des cellules vésiculeuses (Blasen-Zellen).

VI (ARNHEIM, obs. 49). *Hémi-hypertrophie totale droite*. Enfant rachitique, morte de bronchopneumonie.

Tous les viscères présentaient à droite un développement plus considérable qu'à gauche.

Il y avait hypertrophie de l'oreillette et du ventricule droits, de tout l'arbre bronchique à droite. Les nerfs phrénique et vague étaient notablement accrus de ce même côté.

Le foie était gros, mais avait en proportion sa partie droite plus augmentée et résistante. La longueur des reins était à droite de 8 cm. 5, à gauche de 7 cm. 5; de même celle des ovaires de 2 cm. 5 à droite, de 1 cm. à gauche.

Cerveau normal. La section de la colonne vertébrale ne put être faite.

A l'examen microscopique : muscles, foie et reins normaux. Hypertrophie du tissu conjonctif et des vaisseaux sanguins. On remarque également que les petites bronches, qui normalement sont presque entièrement dépourvues de cartilage, possédaient ici un anneau cartilagineux presque complet.

VII (KUSS et JOURN, obs. 20). *Hypertrophie congénitale régulière des membres supérieur et inférieur gauches*. Petite fille, 2 ans et demi, morte de bronchopneumonie.

L'autopsie montre seulement que le tissu cellulo-graisseux est plus abondant aux membres atteints, que les muscles sont bien développés et qu'il y a participation du squelette à l'hypertrophie.

Pour ce qui regarde les examens des pièces enlevées par opérations, voici en substance tout ce que contiennent les notes plus ou moins sommaires de BILLROTH (obs. 109), DUBREUIL (obs. 116), DUPLOUY (obs. 120), WITTELSHÖFER (obs. 54), d'URSO (obs. 128), BÉGOIN et SABRAZÈS (obs. 139) :

Il y avait hypertrophie osseuse manifeste (BILLROTH, DUBREUIL, BÉGOIN et SABRAZÈS), développement anormal du tissu graisseux (BILLROTH, DUPLOUY, WITTELSHÖFER, d'URSO, BÉGOIN et SABRAZÈS); les artères étaient plus volumineuses que d'ordinaire (DUPLOUY, WITTELSHÖFER), les veines dilatées et béantes à la coupe, avec épaississement de l'adventice (d'URSO).

PACKARD (obs. 118), dans l'étude d'une jambe qu'il avait amputée remarqua que l'hypertrophie portait sur tous les tissus du membre, squelette et parties molles, que les vaisseaux sanguins avaient leur calibre normal, mais que les lymphatiques étaient très augmentés de volume.

Enfin, GALVANI et KIRMISSON donnent avec détails les résultats intéressants de leurs examens anatomo-pathologiques, le premier pour un membre supérieur d'aspect éléphantiasique

(obs. 129), le second pour une hypertrophie d'un pouce sur-numéraire (obs. 132).

GALVANI note le grand développement du tissu adipeux et du tissu conjonctif sous-cutané qui pénètre dans les interstices musculaires. C'est surtout à l'hypertrophie de ces tissus qu'on doit attribuer l'énorme développement du membre. Les muscles et le squelette sont presque normaux pour le volume. Du système vasculaire, seules les veines sous-cutanées sont légèrement augmentées de calibre. Les troncs nerveux, surtout le médian, présentent un degré marqué d'hypertrophie.

Voici d'autre part la description que donne KIRMISSON : « A la coupe, la tumeur présente une consistance assez ferme. La surface de section offre une teinte légèrement jaunâtre, sillonnée par des tractus blanchâtres, plus durs et plus résistants.

« Au microscope, la tumeur se révèle sous l'aspect d'un fibrome avec amas graisseux peu abondants. De toutes parts elle est entourée par une peau parfaitement saine et normale présentant des glandes sébacées et sudoripares bien développées. Toute la partie centrale est constituée par un tissu fibreux assez dense à faisceaux irrégulièrement entrelacés ; dans quelques espaces vides, laissés libres, entre les trousseaux fibreux, se voient quelques cellules graisseuses, parfaitement reconnaissables. »

Des deux examens de tumeurs congénitales que nous possédons, l'un est de Th. ANGER (obs. 117), l'autre de KUSS et JOUON (obs. 134).

Dans le premier cas, il s'agit d'une tumeur qui siégeait sur la face externe de la jambe et sur le dos du pied. Cette tumeur était adhérente à l'aponévrose et mal limitée. Pendant l'opération, on ouvrit plusieurs petits kystes à sa partie profonde. Le tissu graisseux surtout paraît développé. Une branche du nerf cutané péronier est un peu hypertrophiée.

Dans la seconde observation, à l'examen microscopique d'une tumeur surajoutée du bord cubital et de la face dorsale de la main, Kuss et Jorox remarquent une masse exubérante de tissu conjonctif adulte renfermant à sa partie moyenne un certain nombre de glandes sudoripares et de cellules graisseuses, et dans ses parties profondes de gros faisceaux conjonctifs.

Enfin, comme nous l'avons dit plus haut, trois fois on a pratiqué l'examen microscopique des fragments de tissus prélevés sur les parties hypertrophiées.

KIWULL, chez son sujet atteint d'hémi-hypertrophie faciale (obs. 158) ayant enlevé au point de vue esthétique de grands lambeaux de peau, a pu étudier un fragment cunéiforme de la lèvre supérieure.

Les diverses couches de l'épiderme et du derme sont normales comme épaisseur. Les glandes sébacées et sudoripares sont hypertrophiées, les follicules pileux sont normaux. L'hypertrophie tient surtout au développement des tissus adipeux et conjonctif; le premier, prédominant sous la peau, a sa structure habituelle; le second, surtout abondant sous la muqueuse génienne, est constitué par des fibres fines, pauvres en cellules; il est traversé par des artères et des veines dilatées. Les éléments adipeux et conjonctifs dissocient et étirent de ci de là les fibres musculaires, qui ne présentent qu'une faible part à l'hypertrophie.

En aucun point on ne découvre de traces de réaction inflammatoire.

Les deux autres relations nous sont fournies par GAYET et PINATELLE.

Dans l'une d'elles, relative à une hypertrophie à forme éléphantiasique de la jambe (obs. 146), la description histologique répond à un angiome sanguin.

C'est encore pour une hypertrophie d'aspect éléphantiasique (obs. 146) qu'eut lieu l'examen suivant :

Il s'agit d'un jeune garçon qui, atteint d'une hypertrophie congénitale de l'avant-pied gauche, avait été amputé dès l'enfance de la partie malade. Après un temps d'arrêt, l'hypertrophie avait repris sa marche lentement et progressivement ascendante et à 15 ans 1/2 le sujet présente un volume considérable de la jambe et de la fesse gauches.

JABOULAY pratique au niveau de la fesse du côté malade une incision suivant le trajet du nerf sciatique. Ce nerf est méconnaissable, infiltré par un tissu fibro-lipomateux qui dissocie complètement les fascicules nerveux.

Un fragment de ce tissu, prélevé au cours de l'opération, est examiné au microscope. On se trouve en présence « d'une tumeur en très grande activité de développement, dont certaines cellules se reproduisent avec rapidité, sans avoir le temps d'achever leur développement dans le sens du tissu adipeux.

« Par cette active prolifération et par le caractère embryonnaire des vaisseaux, ce tissu rappelle ce qui a été décrit sous le nom de lipo-sarcome par VIRCHOW, de sarcome lipomateux par CORNIL et RANVIER ».

Telles sont à peu près toutes les notions que nous avons trouvées chez les auteurs, pour l'anatomie pathologique.

Comme on le voit, les examens sont peu nombreux et encore la plupart fort incomplets. Il faudrait, afin d'arriver à une notion exacte des lésions, procéder dans chaque cas à une dissection minutieuse de toute la partie malade (et aussi, dans les autopsies, de la partie saine correspondante, pour mieux juger par comparaison), et en même temps s'aider de l'examen microscopique que l'on ferait toujours porter sur des points différents.

Les résultats que nous possédons devront donc sans doute

être plus tard modifiés en même temps qu'accrus. Cependant ils ont déjà de l'importance.

D'abord, en ce qui regarde surtout la forme régulière de l'hypertrophie, il est bien établi que l'hyperplasie porte à la fois sur le tissu cellulaire sous-cutané, les os et les muscles.

Très souvent, le tissu cellulaire sous-cutané est le siège des altérations les plus marquées.

Il est épaissi, chargé ici d'une graisse abondante, là formé de trousseaux fibreux plus ou moins denses, irrégulièrement entrelacés. Ce tissu conjonctivo-graisseux s'insinue entre les muscles et les organes comme un lipome diffus, prolifère à la surface donnant lieu à des bourrelets ou des tumeurs surajoutées.

Les fibres musculaires, les cordons nerveux sont dissociés; les vaisseaux et les nerfs, enfouis au milieu des éléments fibro-adipeux, augmentés de volume.

Il y a là, disent CAGIATI (1) et GAYET et PINATELLE (2), une hypertrophie diffuse du tissu mésodermique dans toutes ses variétés.

Mais ces lésions ne sont pas exclusives, et nous rappellerons ici les résultats de notre examen histologique : l'hypertrophie congénitale des seins (dans notre cas II) était constituée par de l'adénome typique; il y avait prolifération manifeste de l'épithélium glandulaire.

Nous ferons aussi remarquer que l'examen histologique de KIWULL (obs. 438) montrait l'hypertrophie des glandes sébacées et sudoripares.

(1) CAGIATI, Contributo allo studio della ipertrofia congenita. *Il Policlinico* Roma, 1904. Vol. XI-M.

(2) GAYET et PINATELLE, *Revue d'orthopédie*, janvier 1904.

CHAPITRE V

Etiologie et Pathogénie.

« Tous les cas qui ont été publiés sous la dénomination d'hypertrophies congénitales ne sont pas de même nature, et ne sauraient être rapportés à une cause unique » (KIRMISSON) (1).

Nous dirons d'abord que l'étiologie et la pathogénie ne sont connues que pour une variété : l'hypertrophie congénitale par brides amniotiques. Mais, parce que cette hypertrophie bien particulière doit être justement considérée comme un éléphantiasis, nous en ferons abstraction ici pour reporter son étude au *diagnostic*.

L'hypertrophie dont PACKARD a pu étudier les lésions anatomiques (obs. 118) semblerait reconnaître une origine lymphatique ; il en serait de même, selon KIRMISSON, pour d'autres cas, particulièrement ceux de CAZIN (obs. 115) et de RICHELOT (obs. 126), mais on ne s'appuie guère encore que sur des données cliniques.

Avant d'en arriver aux hypothèses, nous constaterons seulement que, dans les diverses observations, l'hérédité, ni les troubles de la grossesse ne paraissent jouer aucun rôle.

Voici en substance les principales théories qui ont été proposées pour expliquer l'hypertrophie congénitale :

BULL (2) pense à la dilatation des vaisseaux lymphatiques.

(1) KIRMISSON, *loc. cit.*

(2) BULL, *Soc. méd. de Londres*, 20 déc. 1886.

POLLOSSON (1) croit également à leur altération congénitale primitive.

POUR BARWELL (2), il s'agit du développement imparfait de la tunique moyenne des artères.

Les positions vicieuses du fœtus, selon FISCHER (3), pourraient créer un obstacle à la circulation veineuse dans certaines parties de l'organisme et y déterminer l'hypertrophie.

MASSONAUD (4) imagine une déviation du processus d'ossification épiphysaire, au voisinage des extrémités osseuses, jouant le rôle d'épine d'irritation, il y aurait hypernutrition des parties molles, et consécutivement leur croissance serait accrue.

La théorie de DUZEA (5) lui fut suggérée par les résultats souvent heureux d'OLLIER et PONCET qui, afin de parer au raccourcissement d'un membre chez des adolescents, appliquaient sur les téguments, au niveau du cartilage de conjugaison de l'os à allonger, un cautère ou un vésicatoire.

DUZEA compare les nævi à un cautère : ils agissent comme un foyer d'irritation ; ils augmentent l'activité fonctionnelle du cartilage juxta-épiphysaire et par là produisent une augmentation de l'os.

TRÉLAT et MONOD (6), partant des célèbres expériences de Claude BERNARD et de SCHIFF, établissent leur théorie sur les troubles circulatoires dépendant des nerfs vaso-moteurs.

La parésie de ces nerfs produirait dans leur territoire un plus grand afflux de sang et une circulation capillaire plus lente, plus stagnante, d'où s'ensuivrait une suractivité fonctionnelle, puis l'hypertrophie.

(1) POLLOSSON. *Lyon médical*, 1884, t. XLVII, p. 44.

(2) BARWELL. *Med. Times and Gaz.*, 1881.

(3) FISCHER. *Der Riesenwuchs. Zeitschrift für Chirurg.*, XII, 1880.

(4) MASSONAUD. Th. Paris, 1874.

(5) DUZEA. Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels. Th. Lyon, 1886.

(6) TRÉLAT et MONOD, *loc. cit.*

DUPLAY (1) et LEBLANC (2) surtout ont défendu l'origine nerveuse de l'affection.

La théorie de la métamérie de LEBLANC est calquée sur celle qui a été soutenue pour le zona et en particulier en France par BRISSAUD, et que nous devons rappeler sommairement.

Il y a indépendance absolue de l'éruption zostérienne et des nerfs intercostaux ou autres trajets des nerfs périphériques, mais superposition parfaite au contraire de la même éruption avec les territoires d'une ou de plusieurs racines tels qu'ils ont été déterminés par HEATH. D'où l'on peut conclure à une relation directe entre le zona et une lésion d'un segment médullaire ou de plusieurs segments voisins, représentation chez l'être organisé du ou des neurotomes embryonnaires.

Or, d'après LEBLANC, dans les hypertrophies partielles, il existe un facteur analogue à l'éruption du zona : c'est le nævus. et il se reporte en même temps au cas du malade de DUPLAY (obs. 62), où un nævus était nettement limité aux territoires des racines L^5 , S^1 , S^2 , S^3 , S^4 , précisément une des régions déterminées par HEATH comme répondant à une zone habituelle d'éruption du zona et d'hyperesthésie d'origine viscérale.

Ainsi, conclut-il, si les nerfs centripètes jouissent d'une intégrité absolue, c'est donc qu'il nous faut reporter l'origine des troubles trophiques observés à une lésion congénitale de la moelle, lésion limitée aux segments métamériques correspondant aux racines L^5 , S^1 , S^2 , S^3 , S^4 .

Cette théorie de la métamérie a été adoptée par Henry MEIGE (3) pour certains cas congénitaux d'une hypertrophie segmentaire où il existe un œdème blanc, dur, indolore,

(1) DUPLAY. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 6 juin 1897.

(2) LEBLANC. Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale partielle ou complète. Th. Paris, 1897.

(3) Henry MEIGE. Sur le trophœdème, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 6, 1901.

hypertrophie à laquelle il a donné le nom de *trophodème*.

Enfin, KLIPPEL et TRENAUNAY (1), qui attribuent au nævus un rôle capital, soutiennent une théorie infectieuse. Ils citent les opinions de COULON (2), de MAUCLAIRE et de BOVIS (3) sur les angiomes, à savoir que la cause la plus importante des vascularités consiste dans la localisation sur le système vasculaire d'un agent infectieux ; que l'angiome est dû à des maladies fœtales, et encore qu'il n'est pas une malformation d'arrêt, mais une exagération de développement.

L'angiome est donc une sorte de lésion exubérante, résultat d'une maladie locale infectieuse, mais l'infection ne s'est pas limitée aux vaisseaux, elle s'est propagée à tous les tissus voisins pour produire l'hypercroissance du système osseux, les divers troubles cutanés et musculaires.

La tératologie expérimentale ne nous apprend que très peu de chose au sujet des hypertrophies localisées. Les expériences de DARESTE (4) n'ont rien donné. Cependant, FÉRÉ (5) a fait sur ce point quelques observations intéressantes :

« Lorsqu'on expose un œuf de poule à des vapeurs susceptibles de pénétrer à travers la coquille, ou lorsqu'on introduit par injection des substances solubles dans l'albumine, ou bien lorsqu'on exerce sur l'œuf une action mécanique en le maintenant par exemple pendant un certain temps sur une table mise en vibration par un diapason, on produit en général un trouble dans l'évolution, le plus souvent une malformation ou un retard de développement. Parfois l'embryon est non seulement normal au point de vue morphologique, mais encore plus avancé que ne le comporte le temps d'incubation. D'autres fois, dans les mêmes conditions encore, on trouve

(1) KLIPPEL et TRENAUNAY. Du nævus ostéo-hypertrophique, *Archives générales de Médecine*, juin 1900.

(2) COULON. Les vascularites, *Archives générales de Médecine*, mars 1899.

(3) MAUCLAIRE et de BOVIS. Les angiomes, coll. Charcot-Debove, 1895.

(4) DARESTE. Recherches sur la production des monstruosité ou essais de tératogénie expérimentale, 2^e édition 1891.

(5) FÉRÉ. Faits relatifs à la tendance à la variation sous l'influence des changements du milieu. *Bulletin et mémoires. Soc. de Biologie*, 1896, p. 790.

un embryon qui présente une malformation plus ou moins importante d'une partie quelconque et dont l'ensemble cependant présente un développement plus avancé que les embryons normaux, qui n'ont subi aucune influence troublante.

..... Les faits d'exaltation générale ou partielle du développement, bien qu'exceptionnels, suffisent à montrer que les agents capables d'influencer le développement de l'embryon ne manifestent pas seulement leur action par des retards ou par des malformations. Considérée en général, leur action se manifeste par une tendance à la variation qui, suivant la dose de l'agent et suivant l'équation trophique individuelle du germe, peut s'exercer dans le sens de l'exaltation ou dans le sens de la dépression. Dans le cas de l'exaltation, aussi bien que dans le cas de la dépression, le défaut de synergie trophique des éléments peut aboutir à une malformation locale. »

SABRAZÈS et CABANNES (1) se contentent d'émettre l'hypothèse que l'hémi-hypertrophie congénitale a la valeur d'une anomalie par excès de développement, quelle que soit d'ailleurs la cause déterminante de cette anomalie.

CAGIATI (2) estime qu'avant de formuler une théorie quelconque il serait utile de savoir dans laquelle des deux périodes, embryonnaire ou fœtale, a lieu le développement anormal, le passage de la première à la deuxième période correspondant à peu près à la fin du deuxième mois de la grossesse.

Si l'on suppose que l'hypertrophie date de la période fœtale on pensera tout d'abord au traumatisme et à l'inflammation. Or rien de semblable ne se trouve relaté dans les observations. Quelques auteurs ont parlé de troubles circulatoires, de stases sanguines par compression des vaisseaux, positions vicieuses, etc... Mais tous ces troubles cessent à la naissance, et, n'ayant plus de cause, l'hypertrophie devrait diminuer et même disparaître au bout d'un certain temps.

A ce sujet, des expériences produites par BIZZAZERO au

(1) SABRAZÈS et CABANNES, *loc. cit.*

(2) CAGIATI, *loc. cit.*

Congrès international de médecine à Rome(1), semblent démontrer que dans l'accroissement de l'organisme existent des facteurs de compensation par moitié, de telle sorte que si, dans une partie, pour une cause transitoire quelconque, il se manifeste une altération d'accroissement, la cause perturbatrice cessant, en succède une autre par laquelle cette altération arrive à être compensée. PENZO, cité par BIZZOZERO, mettait dans un appareil spécial un très jeune lapin ayant des oreilles aussi égales que possible; une oreille était maintenue à la température de $+ 37$, l'autre de $+ 12$. Dans l'espace de huit jours, l'oreille la plus chaude avait gagné en longueur 13 millimètres de plus que sa congénère. On remit l'animal en liberté et l'on observa que l'oreille qui avait été maintenue à la plus haute température croissait avec une extrême lenteur l'autre au contraire rapidement, si bien qu'au bout d'un mois il n'y avait presque plus de différence entre elles.

On peut encore invoquer les troubles du système nerveux central et périphérique. Si l'on considère d'abord le système périphérique, surtout dans ses attributions trophiques et vasomotrices, il s'agira ou d'un trouble transitoire des nerfs, et il est difficile dans ce cas de concevoir une hypertrophie consécutive durable, ou d'une lésion véritablement grave et permanente, comme celle qu'on détermine par la section d'un tronc nerveux particulier, et alors aux manifestations de l'hypertrophie succéderont celles de l'atrophie et des troubles trophiques graves, ulcérations, nécrose et gangrène.

Le système nerveux central ne paraît pas non plus gravement touché dans l'hypertrophie. Nulle part il n'est question de maladies nerveuses organiques. Dans l'ensemble, on peut dire que sont indemnes les organes des sens, la motilité,

(1) BIZZOZERO, Accrescimento e regenerazione dell'organismo. Atti dell' XI Congresso medico internazionale, vol. I, p. 276.

les fonctions intellectuelles et normales. les réactions électriques.

S'il existe dans cinq cas de la parésie faciale, celle-ci est une lésion périphérique due très probablement à la compression du nerf dans le rocher hypertrophié.

CAGIATI croit pouvoir conclure que l'hypertrophie débute à la période embryonnaire, et que par conséquent on ne peut la faire dépendre d'altérations des systèmes circulatoires et nerveux, qui à cette période ne sont pas encore formés.

En s'appuyant principalement sur les résultats anatomo-pathologiques qui présentaient une hypertrophie diffuse du tissu mésodermique dans toutes ses variétés, presque en même temps, CAGIATI (1), GAYET et PINATELLE (2) ont proposé l'hypothèse que, dans l'hypertrophie congénitale, il s'agirait d'un trouble de développement de la période embryonnaire frappant les cellules du mésenchyme alors qu'elles sont encore nodales, c'est-à-dire alors qu'elles portent en puissance les différenciations ultérieures de ce système : os, cartilages, tissu cellulaire sous-cutané, vaisseaux, etc.

Ainsi, d'après ces auteurs, il n'y aurait excès de développement que du mésenchyme et de ses dérivés.

Or, notre examen histologique d'hypertrophie du sein montre que, s'il y a bien augmentation du tissu conjonctif, il y a également prolifération remarquable de l'élément glandulaire dérivé lui-même de l'ectoderme.

Et ce fait ne semble pas isolé. Nous ferons valoir que plusieurs fois en clinique, et en particulier dans le cas de FRIEDREICH (obs. 149), on a noté l'hypertrophie très marquée des glandes sébacées et des poils. Dans un des rares examens histologiques pratiqués, les glandes sébacées et sudoripares étaient hypertrophiées (KIWULL, obs. 158).

(1) CAGIATI, *loc. cit.*

(2) GAYET et PINATELLE, *loc. cit.*

Il est ainsi impossible de mettre en doute la participation, au développement anormal, des formations ectodermiques.

En admettant la pluralité de l'étiologie de l'hypertrophie congénitale, si l'hypothèse de CAGIATI et de GAYET et PINATELLE peut convenir à certains cas, il en est d'autres qu'elle ne saurait expliquer.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Nous ne ferons qu'indiquer les affections qui, à première vue, pourraient faire penser à l'hypertrophie congénitale : *éléphantiasis acquis, œdème des nouveau-nés, hypertrophie par varices et ulcères, myxœdème, paralysie pseudo-hypertrophique, acromégalie, maladie osseuse de Paget, ostéo-arthrite hypertrophifiante pneumonique, hérédosyphilis.*

Toutes ces affections ont leurs caractères propres, et d'ailleurs en pratique on ne songe guère à faire le diagnostic avec l'hypertrophie congénitale qui, elle-même, est très rare ; l'important est de savoir la reconnaître d'emblée quand par hasard elle se présente.

Autrement grande est la difficulté de différencier certaines hypertrophies congénitales de l'éléphantiasis congénital.

Cela nous amène à une question encore fort obscure, d'autant plus que l'éléphantiasis congénital, somme toute, n'est qu'une manière d'être de l'hypertrophie.

Si donc on l'en a distrait pour le mettre dans un chapitre de pathologie à part, c'est qu'il se distinguerait par des symptômes cliniques, des lésions anatomiques, une étiologie et une pathogénie bien différenciés.

Il n'y a pas à discuter sur l'étiologie et la pathogénie, également inconnues en général pour l'hypertrophie et l'éléphantiasis.

Restent donc les symptômes cliniques et les lésions anatomiques.

Il faut mettre de côté bien entendu ces cas types d'hypertrophie congénitale régulière où l'augmentation des tissus musculaire et osseux existe d'une manière évidente; pour eux il n'y a pas d'hésitation.

Dans l'hypertrophie irrégulière, au contraire, assez nombreux sont les cas, qui, comme ceux de WAITZ (obs. 32), de RICHELOT (obs. 126), pourraient être classés cliniquement dans l'hypertrophie ou dans l'éléphantiasis, suivant les avis partagés des auteurs.

COMBY (1) cependant admet un signe capable de résoudre la difficulté, c'est l'allongement des os.

Cependant, avec KUSS et JOURN (2), nous croyons que ce caractère manque dans plusieurs observations d'hypertrophie congénitale non douteuses (en particulier de KUSS et JOURN, obs. 20; MASMÉJEAN, obs. 12).

D'autre part, dans le cas de PACKARD (obs. 118) d'une hypertrophie partielle du membre inférieur, nous trouvons que les lésions portaient spécialement sur le tissu lymphatique, dont les vaisseaux avaient subi une ectasie remarquable, et pourtant le squelette était hypertrophié, la jambe avait même été amputée parce que sa longueur exagérée empêchait la marche.

Rappelons enfin que, dans les cas d'éléphantiasis congénital, comme ceux qui ont été rapportés par MONCORVO (3), on a signalé la présence de nævi, de dilatations variqueuses, d'anomalies de développement.

« L'histoire de l'éléphantiasis congénital, dit DOMINICI (4),

(1) COMBY, Traité des maladies de l'enfance de GRANCHER et COMBY. 2^e édit., 1905, t. V, art. Eléphantiasis.

(2) KUSS et JOURN, *loc. cit.*

(3) MONCORVO, Observations données par COMBY, *loc. cit.*

(4) DOMINICI, Pratique dermatologique, art. Eléphantiasis, t. II, p. 392.

est à peine ébauchée et l'ébauche même est informe. Bien plus, elle est surchargée de faits disparates auxquels convient non pas la dénomination d'éléphantiasis, mais celle de pseudo-éléphantiasis. »

Nous n'avons nullement l'intention de marquer par là que pour nous la plupart des observations du chapitre *Eléphantiasis* devraient rentrer dans celui de l'hypertrophie, persuadé d'ailleurs que toute étude faite en ce moment sur ce sujet ne peut être qu'une étude d'attente.

Quoi qu'il en soit, l'éléphantiasis congénital décrit à part, avec BIZE et GRISEL (1), nous croyons qu'il en existe un type vraiment légitime dont l'étiologie et la pathogénie semblent bien élucidées; il s'agit de cette hypertrophie congénitale particulière due à des brides amniotiques.

Parmi les observations relatives à cette forme d'hypertrophie, celle de FRÖLICH (2) nous a paru surtout intéressante et démonstrative. Nous la rapportons dans son entier.

Amédée B..., 11 mois, petit garçon bien nourri et bien vivace, est amené à la clinique d'orthopédie de la Faculté. Il présente des lésions congénitales au niveau des membres inférieurs et des membres supérieurs.

Pied gauche. — Le pied et une partie de la jambe gauche sont notablement hypertrophiés. Il existe sur la face dorsale du pied une tumeur qui s'étend depuis la deuxième phalange des orteils jusqu'au-dessus du cou-de-pied, où elle est arrêtée par un sillon sus-malléolaire profond. La tumeur déborde en avant, par sa masse, les orteils; elle déborde latéralement la plante du pied et en arrière le talon, mais sans empiéter sur ces parties qui sont à peu près normales.

Au-dessus du sillon sus-malléolaire, se trouve une nouvelle tumeur, sous forme de bourrelet, de 3 centim. de largeur, limitée par un deuxième sillon aussi profond. Ce sillon siège à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la jambe.

Enfin le tissu cellulaire du reste de la jambe, aux points avois-

(1) BIZE et GRISEL, *Revue d'orthopédie*, septembre 1904.

(2) FRÖLICH, *Revue d'orthopédie*, mars 1900.

nant le sillon, semble augmenté de volume et de même nature que la tumeur.

Le sillon sus-malléolaire a 2 cent. 1/2 de profondeur; il va jusqu'au tibia et au péroné auxquels il semble adhérent; le fond du sillon paraît cicatriciel par places.

Le deuxième sillon est également profond, mais il ne semble pas adhérent au squelette. Ce dernier paraît rétréci au niveau du sillon, et fortement hypertrophié au-dessus.

La peau sur la tumeur et sur le bourrelet sus-malléolaire est d'aspect normal, mais elle est intimement adhérente aux tissus sous-jacents; il est impossible de la plisser.

La consistance est uniforme, mollassse, quelque peu résistante par places; en un endroit dans la portion qui surplombe les orteils, elle a la consistance mollassse d'une vessie vidée.

Les orteils ne sont libres qu'à partir de la troisième phalange, le reste de leur étendue est en syndactylie charnue.

Le gros orteil présente les traces d'un sillon à sa base.

La circonférence du pied gauche est de 20 centim., celle du bourrelet sus-malléolaire de 18 centim.

Le pied est en varus équin.

Pied droit. Le pied droit présente également sur sa face dorsale une tumeur de même nature, mais moins grosse que la précédente (circonf. 15 centim); à la base du gros orteil, on remarque sur la tumeur, un nodule plus dur, montrant un point blanc à son centre, et qui ressemble à un kyste sébacé.

Au-dessus des malléoles, on aperçoit également deux sillons, mais ces sillons sont à peine marqués sur la partie antérieure de la jambe, tandis qu'en arrière, au-dessus du talon, ils s'enfoncent jusqu'au squelette.

Le mollet droit est plus gros et plus ferme que le mollet gauche. Les orteils sont bien dégagés, mais le premier et le deuxième n'ont pas d'ongles.

Les orteils des deux pieds ont leurs mouvements de flexion et d'extension conservés.

Aucun trouble trophique, aucune anomalie de température au niveau des membres inférieurs.

Main droite. — Les mains présentent des deux côtés de l'ectrodactylie à la main droite, deux doigts sont normaux : le petit doigt et l'annulaire. Sur le petit doigt, on distingue un sillon au-dessus de l'articu-

lation terminale; sur l'annulaire, deux sillons transversaux, au niveau de la deuxième phalange, circonscrivent un gros bourrelet dorsal.

Le médius est absent, mais on sent le relief de sa première phalange facilement; elle est normale, mais dirigée sur le bord externe de la main; sa tête est épaissie.

Ce médius rudimentaire est séparé de l'index par une petite encoche et par un petit tunnel dans lequel on peut enfoncer un stylet qui vient sortir à la face palmaire.

L'index est représenté (ce qui ne devient net qu'à la palpation) par une seule phalange, courte et épaisse, et terminé par un bourgeon charnu du volume d'un gros pois. Entre le bourgeon et la phalange on voit un sillon circulaire profond. L'index est séparé du pouce par une encoche et par un petit tunnel dont l'orifice palmaire se confond avec l'ouverture du trajet situé entre le médius et l'index. Le pouce, qui est comme les autres doigts sans sillon externe de différenciation, porte un petit bourgeon (phalange terminale), enserré à sa base par un sillon. Il a deux phalanges. Ces trois doigts convergent vers ce qui devrait être leur extrémité libre, au point que leurs phalanges se touchent par leur extrémité, et donnent l'impression qu'ils ont été liés ensemble par une même bride qui les a sectionnés à ce niveau.

Main gauche. — A la main gauche, le pouce est tout à fait normal, le petit doigt aussi, sauf un sillon circulaire au niveau de la deuxième phalange. L'annulaire est presque complet. La première phalange n'a pas de squelette et est séparée du reste du doigt par un sillon profond.

La deuxième phalange de l'annulaire est en syndactylie avec le rudiment du médius et séparée de lui par une encoche et par un petit tunnel qui conduit à la face palmaire. Ce tunnel est plus large que celui de la main droite. Du médius et de l'index, il ne reste qu'une phalange en syndactylie; ces phalanges sont séparées par un trajet fistuleux qui aboutit, comme pour la main droite, à l'ouverture du tunnel précédemment indiqué.

Dans cette observation, un fait important est *ce renseignement donné par les parents et la sage-femme, qu'à la naissance, pieds et mains se touchaient sur la face antérieure du corps, et que dans le bain on vit flotter, partant du pied gauche et des mains, de petits filaments qui séchèrent après deux ou trois jours.*

Dans un cas semblable de BIZE et GRISEL (1) d'hypertrophie énorme du pied gauche, après amputation au niveau du sillon congénital, l'étude de la pièce permit de constater que toutes les parties constituantes profondes du pied étaient normales, os, articulations et muscles; les lésions étaient limitées à la couche superficielle, sus-aponévrotique, au tégument; il s'agissait à l'examen histologique d'un œdème par stase lymphatique.

Ces hypertrophies congénitales dues à des brides amniotiques sont donc des éléphantiasis produits par simple obstruction à la circulation lymphatique, et qui doivent être rapprochés de ces éléphantiasis congénitaux également non inflammatoires, dont parle A. BROCA (2), reconnaissant pour cause l'absence des canaux collecteurs de la lymphe.

Par les renseignements anamnestiques, il est certes facile de décider si un cas d'hypertrophie est congénital ou acquis; cependant, nous avons été frappés par l'analogie que l'on rencontre entre certaines hypertrophies congénitales et certaines hypertrophies acquises.

Dans les cinq observations d'hémi-hypertrophie acquises de la face qu'ont rassemblées SABRAZÈS et CABANNES (3), on voit que ces cas acquis, au point de vue descriptif, se rapprochent des cas congénitaux.

La malformation peut survenir sans cause apparente. Elle porte sur les parties osseuses comme sur les parties molles; elle est progressive. Le point de départ (dans deux cas où l'on en fait mention) est la fin de la deuxième année ou l'âge de dix ans.

Pour l'hypertrophie des seins, dans notre cas II, à part la congénitalité, qui semble bien manifeste, ne se croirait-on

(1) BIZE et GRISEL, *loc. cit.*

(2) A. BROCA, in *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, 2^e édit., chap. *Eléphantiasis*, t. I, p. 527.

(3) SABRAZÈS et CABANNES, *loc. cit.*

pas, au double point de vue clinique et anatomo-pathologique, en présence de cette hypertrophie mammaire acquise, comme l'a décrite P. DELBET (1), et qui survient au moment de la puberté?

L'observation de NOVÉ-JOSSERAND (2) a trait à une hypertrophie du membre inférieur droit, acquise depuis l'âge de 10 ans chez un jeune garçon de 14 ans, sans lésions osseuses ni articulaires, sans allongement. La peau, plus vascularisée qu'à l'état normal, est indurée et hypertrophiée, de même que le tissu cellulaire sous-cutané. L'hypertrophie est plus marquée à la jambe qu'à la cuisse et surtout qu'au pied. L'affection s'est développée progressivement sans douleur. Il n'y a eu ni poussées lymphangitiques, ni érysipèles, ni ectasies lymphatiques, ni phlébite, ni télangiectasies, ni troubles névropathiques.

Nous avons déjà dit que l'importance de l'allongement osseux n'était pas absolue, et malgré l'absence de ce signe il nous paraît que le cas de NOVÉ-JOSSERAND doit être mis à côté des cas d'hypertrophie congénitale.

Entre ces hypertrophies acquises et les hypertrophies congénitales, existe-t-il des liens plus étroits, dans leur étiologie et leur pathogénie? les troubles qui ont produit la malformation pendant la vie intra-utérine auraient-ils aussi bien pu demeurer latents et ne se manifester dans l'hypertrophie que plus ou moins longtemps après la naissance? Ce sont des questions auxquelles il est encore impossible de répondre avec certitude.

(1) P. DELBET, in *Traité de Chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, art. Mamelles, t. V.

(2) NOVÉ-JOSSERAND, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1897.

CHAPITRE VII

Traitement.

Dans la plupart des cas on devra tenter de bonne heure le traitement par compression élastique. REDARD (1) en a eu de bons résultats. Ce même auteur cite la pratique de MORTON de Philadelphie, qui, pour un cas d'hypertrophie unilatérale du membre inférieur, fit avec succès l'élongation du nerf sciatique. KIRMISSON (2) dit qu'on pourrait essayer la ligature de l'artère principale du membre, cette ligature de l'artère principale de la partie malade ayant déjà réussi pour la macroglossie.

Parfois on sera obligé de recourir à l'amputation, soit pour une difformité pénible, soit pour une hypertrophie à évolution maligne, et, dans ce dernier cas, mieux vaudra sans doute amputer à distance et en tissus sains, à cause d'une récurrence possible.

(1) REDARD, *loc. cit.*

(2) KIRMISSON, *loc. cit.*

CONCLUSIONS

1° Sous le titre d'hypertrophie congénitale, on a décrit des faits très différents les uns des autres.

On doit considérer deux formes de l'hypertrophie : la forme régulière et la forme irrégulière.

2° L'hypertrophie régulière n'altère ni les proportions, ni la structure, ni le fonctionnement du membre atteint.

Elle intéresse principalement tout un côté du corps ou tout un membre. Son pronostic est bénin.

3° L'hypertrophie est rendue irrégulière surtout par le développement monstrueux de la partie malade, ou par l'addition de tumeurs. Elle porte particulièrement sur les segments de membre et sur l'extrémité céphalique.

Elle s'accompagne souvent de troubles fonctionnels graves. Son évolution est quelquefois maligne. Son pronostic doit être réservé.

4° Dans les examens anatomo-pathologiques, on a surtout relevé le développement excessif des diverses variétés du tissu mésodermique.

Cependant, et ce fait ne paraît pas isolé, à notre examen histologique de deux seins congénitalement hypertrophiés, il y avait participation au processus de l'élément glandulaire, dérivé lui-même de l'ectoderme.

5° Cette dernière constatation montre que la récente hypothèse pathogénique de CAGIATI et de GAYET et PINATELLE qui fait dépendre l'hypertrophie d'un trouble de la période em-

bryonnaire portant exclusivement sur les cellules du mésenchyme, ne saurait, non plus que les théories précédentes, s'appliquer à tous les cas.

6° Pour le diagnostic, il nous semble difficile en ce moment de tracer une ligne de démarcation bien nette entre l'hypertrophie congénitale irrégulière et l'éléphantiasis congénital.

Il existe pourtant un type vraiment légitime et caractérisé de ce dernier, c'est cette hypertrophie congénitale particulière due à des brides amniotiques et produite pendant la période fœtale par simple obstruction à la circulation lymphatique.

7° Il y a de grandes analogies entre l'hypertrophie congénitale et certaines hypertrophies acquises.

Notamment, notre hypertrophie congénitale des seins ressemble, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, à l'hypertrophie mammaire acquise de la puberté.

Peut-être certains cas d'hypertrophie considérés jusqu'ici comme acquis ont-ils une origine congénitale.

8° Le traitement de l'hypertrophie congénitale sera en général simple pour la forme régulière; il consistera surtout dans l'emploi de la compression élastique.

Ce traitement sera également tenté pour l'hypertrophie irrégulière. Mais ici l'on devra parfois recourir à l'amputation, et s'il s'agit d'une hypertrophie à évolution maligne, à l'amputation à distance, afin de se mettre à l'abri d'une récurrence.

OBSERVATIONS

Nous ne pouvons donner ici qu'une brève analyse des 163 observations que nous avons réunies. Nous les distribuons suivant l'ordre topographique de MASMÉJEAN, le plus commode. Mais nous rappelons la concordance qui existe en général entre la classification topographique et la classification suivant le volume et la forme ; l'hypertrophie régulière intéressant surtout toute une moitié du corps ou tout un membre, l'hypertrophie irrégulière siégeant particulièrement aux segments de membre et à l'extrémité céphalique seule.

A. — HÉMI-HYPERTROPHIE TOTALE (1)

OBSERVATION I.

FOUCHER. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1850, p. 108.

Hypertrophie des membres à gauche ; développement anormal surtout de l'index et du médius de la main gauche. — Homme.

OBSERVATION II.

DEVOUSGES. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1856, 2^e série, tome I.

Hémi-hypertrophie totale droite. Développement hypertrophique plus prononcé des trois premiers doigts de la main et du pied droits. Nævi. — Jeune homme, 17 ans.

(1) Dans quelques cas cependant la tête paraît indemne.

OBSERVATION III.

CHASSAIGNAC. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1^{re} série, t. VIII, p. 452.

Hémi-hypertrophie totale droite. Naevi, varices, etc. — Jeune homme, 18 ans. (Cette observation se rapporte peut-être au même sujet que celui de l'observation précédente.)

OBSERVATION IV.

CHASSAIGNAC. — *Bulletin Soc. chirurgie*, 1859, t. X, p. 52.

Hypertrophie de toute une moitié du corps. — Jeune fille.

OBSERVATION V.

BROCA. — *Journal physiol. Brown-Séguard*, 1859, t. II, p. 170.

Moitié gauche du corps plus développée. — Garçon, 11 ans.
(BROCA lui-même, cependant, attribuait l'anomalie dont il est question plutôt à une atrophie du côté faible. Nous n'avons pas pris les particularités de cette observation dans notre symptomatologie.)

OBSERVATION VI.

OLLIER. — *Gazette médicale de Lyon*, 1862, p. 309.

Hypertrophie considérable du côté droit. — Jeune femme, 27 ans.

OBSERVATION VII.

MONOD. — *In* TRÉLAT et MONOD, De l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale. *Archives générales de médecine*, 1869.

Hypertrophie de la moitié droite du corps, portant surtout sur le membre inférieur. Taches naévoformes étendues. — Jeune homme, 19 ans.

OBSERVATION VIII.

WITTELSHÖFER. — Ueber angeborenen Riesenwuchs der oberen und unteren Extremitäten. *Archiv. für klinische Chir.*, 1879, p. 57.

Hémi-hypertrophie totale droite, surtout marquée au membre inférieur. Syndactylie des deux derniers orteils. — Femme.

OBSERVATION IX.

LANGLET. — *Union méd. et sc. du Nord-Est*, 1882, p. 276.

Hypertrophie hémi-latérale. — Homme, 36 ans.

OBSERVATION X.

POLLOSSON. — *Lyon médical*, 1884, t. XLVII, p. 14.

Hémi-hypertrophie totale droite surtout marquée au membre inférieur. Autopsie. — Jeune homme, 19 ans.

OBSERVATION XI.

FINLAYSON. — *Glasgow's med. Jour.*, nov. 1884, p. 327.

Hémi-hypertrophie droite complète. — Petite fille, 18 mois.

OBSERVATION XII.

MASMÉJEAN. — *In Thèse Montpellier*, 1888.

Hémi-hypertrophie totale droite. — Petit garçon. 13 mois.

OBSERVATION XIII.

TILANUS. — *Münchener med. Woch.*, 24 janv. 1893.

Hémi-hypertrophie totale droite. — Jeune fille 10 ans.

OBSERVATION XIV.

MAC GREGOR. — *Glasgow's med. Journ.*, 1894.

Cas d'hémi-hypertrophie totale chez un enfant.

OBSERVATION XV.

STEFFEN. — *Jahrb. f. Kinderh.*, Leipzig, 1894, t. XXXVIII, p. 379.

Hypertrophie unilatérale droite totale.

OBSERVATION XVI.

SAMUEL ADAMS. — Congénital hémi-hypertrophy. *Arch. of. ped.*, décembre 1894.

Hémi-hypertrophie totale droite. — Garçon, 10 ans.

OBSERVATION XVII.

ZUKOWSKI. — *Archiv. Psychiat. Varshava*, 1895, t. XXVI, pp. 4-20.

Hémi-hypertrophie totale gauche.

OBSERVATION XVIII.

SOPHIE HARNSTEIN. — Ein Fall von halbseitigen Riesenwuchs. *Virechow's Arch.*, Bd. 433.

Hypertrophie des membres à droite et de l'oreille du même côté.
Autopsie. — Petit garçon, 2 mois 1/2.

OBSERVATION XIX.

ARNHEIM. — Einfall von angeborener halbseitigen Hypertrophie. *Berlin. klin. Woch.*, 20 déc. 1897.

Hémi-hypertrophie totale droite, mais différence très peu appréciable pour les membres inférieurs. — Petite fille.

OBSERVATION XX.

KUSS et JOUON. — *Revue d'orthopédie*, nov. 1899.

Hypertrophie congénitale régulière des membres supérieurs et inférieurs gauches. Autopsie. — Petite fille, 2 ans 1/2.

OBSERVATION XXI.

ARAOZ ALFARO. — *Rev. Soc. Med. Argentine*, mai 1900.

Hémi-hypertrophie totale gauche. Syndactylie aux pieds. (La mère présentait également cette syndactylie.) — Petit garçon, 4 ans.

OBSERVATION XXII.

THOMAS. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901. T. XIV, p. 512.

Hypertrophie considérable au niveau du membre supérieur gauche, très légère au niveau du thorax, et de la racine du membre inférieur de ce même côté. — Jeune fille, 12 ans.

OBSERVATION XXIII.

CAGIATI. — *Il Policlinico*, 1904, vol. XI-M.

Hémi-hypertrophie gauche complète, avec parésie du nerf facial gauche. Nævi du côté normal. — Petite fille, 11 mois.

OBSERVATION XXIV.

COMBY. — *Arch. de méd. des enfants*, 1899, p. 271.

Hypertrophie de toute la moitié gauche du corps. Angiectasie superficielle. — Petite fille, 10 mois.

OBSERVATION XXV.

COMBY. — In GRANCHER et COMBY, *Traité des maladies de l'enfance*, 2^e édition, 1905, t. V, p. 174.

Hypertrophie de tout le côté droit du corps. — Fille, 8 ans.

OBSERVATION XXVI.

Personnelle.

Hémi-hypertrophie totale droite plus accentuée au membre inférieur. — Garçon, 16 ans.

**B. — HYPERTROPHIE DES EXTRÉMITÉS OPPOSÉES
OU ALTERNES**

OBSERVATION XXVII.

OWEN, cité par BUSCH. — Beitrag zur Kenntniss der angeborenen Hypertrophien der Extremitäten. *Langenbeck's Archiv*, 1866, t. VII, p. 174.

Hypertrophie des deux mains. Les médius sont deux fois aussi longs et aussi épais que les index.

OBSERVATION XXVIII.

HAHN, de Stuttgart. — *Revue des curieux de la nature*, 1834, et *Schmidt's Jahrb.*, 1835, t. V, p. 428.

Hypertrophie des deux mains et de la poitrine. — Petite fille, 3 ans.

OBSERVATION XXIX.

CURLING. — *Médic. Chir. Transactions*, 1845, t. XXVIII, p. 337.

Hypertrophie de l'index, du médus et de l'annulaire droits, du pouce, de l'index et du médus gauches. — Jeune fille, 15 ans.

OBSERVATION XXX.

IDELER. — Berlin. Inaug. Dissert., 1853.

Hypertrophie des trois orteils médians des deux pieds. Pieds très grasseyeux.

OBSERVATION XXXI

BOÉCHAT. — Congrès de Genève, 12 sept. 1877, p. 691.

Hypertrophie des deux annulaires. — Homme, 54 ans.

OBSERVATION XXXII

WAITZ. — *Centralb. für Chirurg.*, 1899, n° 29, p. 110.

Hypertrophie considérable des membres inférieurs, le membre droit l'emportant encore sur le gauche. Nævi, varicosités, lymphangiomes. — Petit enfant de 2 ans.

OBSERVATION XXXIII.

LEWIN. — *Charité Annalen*, IX, S. 619.

Hypertrophie de tout le côté gauche et de la jambe droite.

OBSERVATION XXXIV.

REDARD. — De l'hypertrophie congénitale partielle. *Archives générales de médecine*, 1890.

Hypertrophie du membre inférieur droit et des deuxième, troisième, quatrième orteils gauches. — Petit garçon, 2 ans 1/2.

OBSERVATION XXXV.

JOUON. — *Revue d'orthopédie*, janvier 1900.

Hypertrophie diffuse des membres et clinodactylie congénitale des orteils. Hypertrophie plus marquée aux membres inférieurs, le gauche l'emportant encore sur le droit. Mains volumineuses. Crâne plus développé dans sa moitié droite. Nævi à gauche. — Petit rachitique, 3 ans.

OBSERVATION XXXVI.

HOFFMANN. — Prof. D. I. Heidelberg. Ueber congenitale Hypertrophie.

Hypertrophie des deux membres supérieurs.

OBSERVATION XXXVII.

GRIMAUD. — Hypertrophie partielle congénitale du corps avec nævus. Th. Paris, 1901, p. 68.

Hypertrophie congénitale du membre inférieur gauche, de l'annulaire et de l'auriculaire de la main droite, des deuxième et troisième orteils du pied droit. Large nævus, varices. — Homme, 41 ans.

OBSERVATION XXXVIII.

THOMAS. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901, t. XIV, p. 509.

Hypertrophie de la face à droite, des membres à gauche. — Petite fille, 4 mois.

OBSERVATION XXXIX.

RAPIN. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901, t. XIV, p. 493.

Hypertrophie des deux membres supérieurs et de la moitié droite de la face. — Femme, 29 ans.

OBSERVATION XL.

Personnelle.

Hypertrophie du membre inférieur gauche, du membre supérieur droit, des deux seins. — Jeune fille.

C. — HYPERTROPHIE D'UNE EXTRÉMITÉ SEULE.

OBSERVATION XLI.

BECK. — *Medicinische Annalen von Puchelt, Chelius und Nægele*, 1836, t. II, n° 1.

Hypertrophie du membre supérieur droit ; les pouces et l'index surtout ont une grosseur anormale. — Homme, 28 ans.

OBSERVATION XLII.

WAGNER. — *Österreichische med. Jahrb.*, 1839, t. XIX.

Hypertrophie de l'extrémité supérieure droite, la main est informe, le médius et l'annulaire sont particulièrement affectés. Jeune homme, 18 ans.

OBSERVATION XLIII.

JOHN ADAMS. — *The Lancet*, août 1858.

Hypertrophie du membre inférieur droit. Large nævus occupant tout ce membre. — Jeune homme, 19 ans.

OBSERVATION XLIV.

CHASSAIGNAC. — *Bull. Soc. Chir.*, 1859, t. X, p. 103.

Hypertrophie du membre inférieur gauche. Nævi siégeant uniquement sur le membre sain, tumeur veineuse de l'aisselle droite. — Jeune fille.

OBSERVATION XLV.

ANNANDALE. — *Malformation of the Finger*, 1865.

Hypertrophie de tout le membre supérieur et principalement du bord radial de l'avant-bras. Le pouce est recourbé en arrière et a le volume d'une tête d'enfant. — Garçon 7 ans.

OBSERVATION XLVI.

HIGGINBOTHAM, cité par BUSCH. — *Archiv. für klin. Chir.*, 1866, t. VII.

Hypertrophie du membre supérieur gauche, surtout du pouce, de l'index et du médius. — Petite-fille 6 ans $1\frac{1}{2}$.

OBSERVATION XLVII.

A. FRIEDBERG. — *Virchow's Arch.*, 1867.

Développement gigantesque et progressif du membre inférieur droit, pied monstrueux avec syndactylie des troisième et quatrième orteils. Eléphantiasis des Arabes congénital, d'après l'auteur, du bras gauche. Lipomes dans le dos, varices. — Fille, 10 ans.

OBSERVATION XLVIII.

MECKEL, cité par FRIEDBERG. — *Virchow's Archiv.*, XI, p. 372.

Hypertrophie du membre supérieur droit et surtout du pouce, de l'index et du médius, main très déformée par l'augmentation du tissu graisseux. — Femme.

OBSERVATION XLIX.

DUMREICHER, cité par ALBERT. — *Med. Presse*, 1872.

Hypertrophie d'un membre inférieur. pied déformé par l'abondance de graisse.

OBSERVATION L.

W. GRUBER. — *Virchow's Archiv.*, 1872, t. LVI, p. 416.

Hypertrophie de l'extrémité supérieure gauche. Clavicule plus longue à gauche de un à deux centimètres. Moitié externe de la main chargée de tissu adipeux. Index hypertrophié recourbé sur les autres doigts. — Homme, 20 ans.

OBSERVATION LI.

MASSONARD. — *Th.* Paris, 1871.

Hypertrophie de tout le membre inférieur droit, particulièrement de la jambe. — Fille, 10 ans.

OBSERVATION LII.

HENDERSON. — *Edimb. Med. Journ.*, 1877.

Hypertrophie du membre supérieur droit, le pouce, l'annulaire et l'auriculaire excessivement difformes. Amputation, la main pesait huit livres. — Jeune homme, 16 ans.

OBSERVATION LIII.

W. OSLER. — *Journ. of Anat. and Physiol.*, 1879, t. XIV, p. 40.

Hypertrophie du membre supérieur droit et du côté correspondant de la poitrine. Gros bourrelet graisseux de la paume de la main. — Fille, 8 ans.

OBSERVATION LIV.

WITTELSHÖFER. — *Archiv. für klinische Chir.*, 1879.

Hypertrophie de l'extrémité inférieure gauche surtout au niveau du pied et particulièrement des troisième, quatrième et cinquième orteils formant tumeur graisseuse. Disarticulation des orteils hypertrophiés. — Garçon, 11 ans.

OBSERVATION LV.

H. FISCHER. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1880, B. XII, p. 7.

Hypertrophie du membre supérieur droit surtout marquée au niveau du pouce et du médius. — Garçon, 17 ans.

OBSERVATION LVI.

BULL. — *Soc. méd. de Londres*, 20 déc. 1886.

Hypertrophie de l'extrémité inférieure gauche. — Garçon, 12 ans.

OBSERVATION LVII.

DUZEA. — Thèse de Lyon, 1886.

Hypertrophie du membre inférieur droit. Large nævus. — Homme, 34 ans.

OBSERVATION LVIII.

DUZEA. — *Loc. cit.*

Hypertrophie du membre inférieur droit. Nævus de la face interne de la cuisse et de la jambe droite. Mydriase remarquable à droite. — Homme, 63 ans.

OBSERVATION LIX.

ADENOT. — *In DUZEA, loc. cit.*

Hypertrophie du membre inférieur gauche. Nævus. — Fille, 14 ans.

OBSERVATION LX.

REDARD. — *Archives générales de médecine*, 1890.

Hypertrophie du membre inférieur droit, principalement du pied et du deuxième orteil de ce pied. — Petite fille, 34 mois.

OBSERVATION LXI.

GALVANI. — *Revue d'orthopédie*, mai 1895.

Hypertrophie considérable du membre supérieur droit. Amputation. — Homme, 25 ans.

OBSERVATION LXII.

DUPLAY. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 6 juin 1897.

Hypertrophie du membre inférieur gauche. Nævus remarquable pour sa topographie suivant les racines sacrées à gauche. — Homme, 40 ans.

OBSERVATION LXIII.

DUPLAY. — Obs. extraite d'une leçon clinique du 26 févr. 1892, in LEBLANC, Th. Paris, 1897.

Hypertrophie du membre inférieur droit. Nævi très étendus, varices. Troubles trophiques. — Homme, 21 ans.

OBSERVATION LXIV.

JOYON. — *Revue d'orthopédie*, janvier 1900.

Hypertrophie congénitale irrégulière du membre supérieur gauche avec énorme tumeur de la région pectorale et du moignon de l'épaule du même côté, chez un nouveau-né.

OBSERVATION LXV.

KLIPEL et TRENAUNAY. — *Journal des praticiens*, 3 février 1900.

Hypertrophie de tout le membre inférieur droit. Large nævus, varices, troubles trophiques à droite. — Homme, 28 ans.

OBSERVATION LXVI.

MORESTIN. — *Bulletin de la Société anatomique*, février 1900.

Hypertrophie congénitale éléphantiasique du membre supérieur gauche. Amputation. — Homme, 34 ans.

OBSERVATION LXVII.

THIOLLIER. — Th. Paris, mai 1901.

Hypertrophie du membre inférieur droit. — Petite fille, 20 mois.

OBSERVATION LXVIII.

QUILLON. — Th. Paris, 1901.

Hypertrophie du membre supérieur gauche : à la main seuls

l'index et le médius sont hypertrophiés. Déviation de ces deux doigts. — Petit garçon, 21 mois.

OBSERVATION LXIX.

A. MOUCHET. — *Presse médicale*, 30 septembre 1903.

Hypertrophie régulière du membre inférieur gauche et de la moitié gauche du scrotum. Petits angiomes et varicosités à gauche. — Jeune homme, 18 ans.

OBSERVATION LXX.

CAGIATI. — *Il Policlinico*. Rome, 1904.

Hypertrophie du membre inférieur gauche. — Petit garçon, 2 ans.

OBSERVATION LXXI.

COMBY. — In GRANCHÈRE et COMBY, *Traité des maladies de l'Enfance*, 2^e édition, 1905, t. V, p. 172.

Hypertrophie du membre inférieur droit. Angiome diffus de ce côté. — Fille, 6 ans.

D. — HYPERTROPHIE D'UN SEGMENT DE MEMBRE

OBSERVATION LXXII.

WEST. — *Med. and. chir. Journal*. Londres, 1834, p. 119.

Hypertrophie de la main, surtout de l'index et du médius.

OBSERVATION LXXIII.

Nederlandisch Lancet, 1840, p. 61.

Hypertrophie du médius droit.

OBSERVATION LXXIV.

POWELL. — *The Dublin journal of med. Science*, 1840, t. XVII, p. 243.

Hypertrophie du médius et de l'annulaire droits et de la paume de la main correspondant à la base du médius. Déviation en dedans de l'annulaire. — Petite fille, 5 ans.

OBSERVATION LXXV.

J. REID. — *The London and Edimb. Monthly J.*, 1843, p. 198.

Hypertrophie du pouce et de l'auriculaire gauches. — Homme.

OBSERVATION LXXVI.

FLEISCHMANN. — *Haser's Repert.*, 1843, p. 2.

Hypertrophie d'un pied portant sur le gros et le petit orteils, les autres manquaient complètement. — Enfant nouveau-né.

OBSERVATION LXXVII.

CURLING. — *Medic. chir. Trans.*, 1843, t. XXVIII.

Hypertrophie de l'index et du médius droits, le médius est énorme. — Homme.

OBSERVATION LXXVIII.

CURLING. — *Loc. cit.*

Hypertrophie d'un médius avec légère inclinaison latérale du doigt. — Homme.

OBSERVATION LXXIX.

REID, cité par CURLING. — *Loc. cit.*

Hypertrophie du pied; l'orteil médian est d'une épaisseur égale à celle des quatre autres réunis.

OBSERVATION LXXX.

PAGET, cité par CURLING. — *Loc. cit.*

Hypertrophie du pouce et de l'index droits. — Homme, 50 ans.

OBSERVATION LXXXI.

Moule en plâtre du King's College Museum, cité par CURLING. — *Loc. cit.*

Hypertrophie de la main gauche, surtout du médius.

OBSERVATION LXXXII.

LITTLE, cité par CURLING. — *Loc. cit.*

Hypertrophie du pied, particulièrement des deuxième et troisième orteils.

OBSERVATION LXXXIII.

ADAMS. — *The Monthly Journ. of Med.*, febr. 1855, t. XX, p. 470.

Hypertrophie de la main gauche, surtout de l'index. — Femme.

OBSERVATION LXXXIV.

LEGENDRE. — *Union médicale*, 1855, p. 496.

Hypertrophie de l'annulaire et de l'auriculaire droits et de la moitié interne de la main. Les deux doigts sont un peu recourbés en dehors. — Petit garçon, 3 ans et demi.

OBSERVATION LXXXV.

BÖHM. — *Inaug. Dissert.* Giessen, 1856.

Hypertrophie du pied gauche, surtout du deuxième orteil. Gros coussin graisseux sous le premier orteil.

OBSERVATION LXXXVI.

BROCA. — *Soc. de chir.*, 3 déc. 1856.

Hypertrophie des première et deuxième phalanges de l'auriculaire gauche. — Garçon.

OBSERVATION LXXXVII.

GUÉRSANT. — *Soc. de chir.*, 29 sept. 1857.

Hypertrophie de l'annulaire et de l'auriculaire droits et de la paume de la main. Désarticulation du cinquième métacarpien et amputation du doigt dans la continuité. — Garçon, 5 ans.

OBSERVATION LXXXVIII.

ROSENFELD. — *Aerztl. Mittheil. am Baden*, 1858.

Enorme hypertrophie du pouce et de l'index droits.

OBSERVATION LXXXIX.

WULFF. — *Petersburger Med. Zeit.*, 1861, p. 281.

Hypertrophie du pouce, de l'index et du médius droits et de la moitié externe de la main. — Homme, 32 ans.

OBSERVATION XC.

Clinique de BILLROTH. Zurich, 1864.

Hypertrophie du pied droit.

OBSERVATION XCI.

BUROW. — *Deutsche Klinik*, 1865.

Hypertrophie du pied droit, et particulièrement des deuxième et troisième orteils.

OBSERVATION XCII.

ANNANDALE. — *Malformation of the Finger*, 1865, p. 5.

Hypertrophie du médius et de l'index gauches, peu mobiles, inutiles. Amputation. — Garçon, 3 ans.

OBSERVATION XCIII.

VERNEUIL. — *Soc. de Chir.*, 21 novembre 1865.

Hypertrophie du pouce droit; le premier métacarpien et la première phalange ont une épaisseur énorme; la phalangette est bifurquée. — Homme.

OBSERVATION XCIV.

W. BUSCH. — *Beitrag zur Kenntniss der angeb. Hypertrophien der Extremitäten. Arch. v. Langenbeck*, VII, 1866.

Hypertrophie du médius et de l'annulaire. — Fille, 14 ans.

OBSERVATION XCV.

BUSCH. — *Loc. cit.*

Hypertrophie du pied et de la jambe gauches.

OBSERVATION XCVI.

BUSCH. — *Loc. cit.*

Hypertrophie du pied droit.

OBSERVATION XCVII.

KLEIN. — Cité par BUSCH, *Loc. cit.*

Hypertrophie de l'index gauche; l'index en dedans croise le médius et l'annulaire. Désarticulation.

OBSERVATION XCVIII.

FIEDLER. — *Archiv. der Heilkunde*, 1866, t. VII, p. 136.

Hypertrophie du médius gauche. — Homme, 24 ans.

OBSERVATION XCIX.

FIEDLER. — *Loc. cit.*, p. 317.

Hypertrophie de l'index et du médius gauches. — Homme, 26 ans.

OBSERVATION C.

COUTAGNE. — *Gaz. méd. de Lyon*, n° 5, 1867.

Hypertrophie du médius et de l'annulaire gauches. Articulations de ces doigts très lâches. — Petit garçon, 3 ans.

OBSERVATION CI.

Clinique de BILLROTH, 1868.

Hypertrophie du pied surtout marquée au niveau du premier et du deuxième orteil.

OBSERVATION CII.

JACKSON. — *Cat. du Musée anat. de Boston*, 1870.

Hypertrophie du médius droit (préparation anatomique).

OBSERVATION CIII.

JACKSON. — *Loc. cit.*

Hypertrophie de la main et de l'avant-bras. Médius surtout augmenté de volume (pièce anatomique).

OBSERVATION CIV.

ALBERT. — *Med. Presse*, 1872, n° 1.

Hypertrophie du pied gauche. Le pied est compris dans une tumeur graisseuse qui embrasse les premier et deuxième orteils.

OBSERVATION CV.

ALBERT. — *Loc. cit.*

Hypertrophie du premier et du deuxième orteil.

OBSERVATION CVI.

ALBERT. — *Loc. cit.*

Hypertrophie du gros orteil.

OBSERVATION CVII.

EWALD. — *Virchow's Archiv.*, 1872, t. LVI, p. 421.

Hypertrophie de la main gauche, principalement de l'index et du médius. Autopsie. — Homme, 24 ans.

OBSERVATION CVIII.

Consultation de la clinique de BILLROTH, 1872.

Hypertrophie du gros orteil et de la partie interne du pied.

OBSERVATION CIX.

BILLROTH. — Cité par WITTELSHÖFER, *Archiv. für klinische Chir.*, 1879, p. 61.

Légère hypertrophie de l'avant-bras droit. Médius et annulaire droits fortement hypertrophiés et syndactyles. Tumeur lipomateuse sur le côté interne et sur l'éminence thénar de la main. Ablation des deux doigts. — Jeune fille, 14 ans.

OBSERVATION CX.

VIARDIN. — *Bull. Soc. chir.*, 1880, p. 498.

Hypertrophie de l'index et du médius. Médius adhérent à l'annulaire non hypertrophié. Désarticulation de l'index, du médius et de l'annulaire. — Fille, 10 ans.

OBSERVATION CXI.

LANNELONGUE. — *Bull. Soc. chir.*, 1880, t. VI, p. 710.

Hypertrophie de l'index et du médius droits et de l'éminence thénar. — Homme.

OBSERVATION CXII.

H. FISCHER. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, B. XII, p. 7, 1880.

Hypertrophie de l'annulaire droit. Six mois après la désarticulation de l'annulaire tout le bras et la main s'hypertrophierent. Plus tard l'hypertrophie se prononça au médius et à l'avant-bras. — Garçon.

OBSERVATION CXIII.

H. FISCHER. — *Loc. cit.*, p. 14.

Hypertrophie de l'index gauche. Désarticulation au niveau de la deuxième phalange. — Fille.

OBSERVATION CXIV.

H. FISCHER. — *Loc. cit.*, p. 14.

Hypertrophie de l'index et du médius gauches. Médius recourbé en faucille. — Femme, 25 ans.

OBSERVATION CXV.

CAZIN. — *Bull. Soc. chir.*, 1881, p. 147.

Hypertrophie de l'index droit. Dissection des parties malades. — Petite fille, 15 jours.

OBSERVATION CXVI.

DUBREUIL. — *Gaz. heb. sc. méd.* Montpellier, 1882, p. 593.

Hypertrophie du pied droit au niveau des deux tiers internes du métatarse et de la rangée antérieure du tarse. Amputation de Lisfranc. — Petite fille.

OBSERVATION CXVII.

TH. ANGER. — *Bull. Soc. chir.*, 1882, p. 136.

Tumeur congénitale de la jambe et du pied surtout, formée de tissu graisseux. Ablation de la tumeur. — Petite fille, 5 mois.

OBSERVATION CXVIII.

PACKARD. — *The american Orthopedie*, cité in GAYET et PINATELLE, *Revue d'Orthopédie*, janvier 1904.

Hypertrophie partielle du membre inférieur. Amputation de la jambe.

OBSERVATION CXIX.

ALLINGHAM. — *Soc. méd. Londres*, 29 nov. 1886.

Hypertrophie de la partie antérieure du pied droit, principalement des trois premiers orteils. — Femme, 20 ans.

OBSERVATION CXX.

DUPLOUY. — *Bull. Soc. chir.*, 1886, p. 343.

Hypertrophie à forme lipomateuse du pied gauche. Désarticulation tarso-métatarsienne. — Petite fille, 5 ans.

OBSERVATION CXXI.

DUZEÀ. — *Th. Lyon*, 1886.

Hypertrophie de l'avant-bras gauche. Nævus à gauche. — Femme, 37 ans.

OBSERVATION CXXII.

DUZEÀ. — *Loc. cit.*

Hypertrophie de l'index gauche avec nævus de ce même doigt. — Femme, 34 ans.

OBSERVATION CXXIII.

Pièce du Musée anatomique, citée par MASMÉJEAN, *th. Montpellier*, 1888.

Hypertrophie de l'avant-bras et de la main. Le médius, très volumineux, contourne l'annulaire.

OBSERVATION CXXIV.

Pièce squelettique du Musée de Vienne, citée par MASMÉJEAN, *loc. cit.*

Hypertrophie du pied droit, surtout de son premier orteil.

OBSERVATION CXXV.

BERGER. — *Soc. chir.*, 1890.

Hypertrophie des trois premiers orteils et métatarsiens du pied gauche. A la plante du pied sorte de lipome diffus. Enfant.

OBSERVATION CXXVI.

RICHELOT. — *Bull. Soc. chir.*, 1893.

Hypertrophie de l'avant-bras gauche, qui a la forme d'un manchon très bien limité à ses deux extrémités.

OBSERVATION CXXVII.

GALVANI. — *Revue d'Orthopédie*, mai 1893, p. 164.

Hypertrophie du pied gauche. — Enfant de 11 mois.

OBSERVATION CXXVIII.

D'URSO. — *Il Policlinico*. Rome, août 1893.

Hypertrophie partielle du pied. Amputation de Pirogoff.

OBSERVATION CXXIX.

GALVANI. — *Revue d'Orthopédie*, nov. 1898.

Hypertrophie partielle de la main droite portant surtout sur l'index et le médius. Amputation de ces deux doigts. — Jeune homme, 18 ans.

OBSERVATION CXXX.

GALVANI. — *Loc. cit.*

Hypertrophie partielle du pied droit, surtout des trois premiers orteils. Désarticulation du deuxième orteil. — Garçon.

OBSERVATION CXXXI.

KIRMISSON. — *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*. Paris, 1898, p. 741.

Hypertrophie lipomateuse du pied droit. Syndactylie membraneuse partielle entre le second et le troisième orteils. — Garçon 2 mois.

OBSERVATION CXXXII.

KIRMISSON. — *Loc. cit.*, p. 742.

Hypertrophie d'un pouce surnuméraire à droite. Le pédicule de la tumeur fut sectionné au thermocautère. — Petite fille, 2 jours.

OBSERVATION CXXXIII.

COMBY. — *Arch. de méd. des enfants*, 1899, p. 271.

Hypertrophie régulière de la main, du poignet et de la partie voisine de l'avant-bras gauche. — Petite fille, 4 mois.

OBSERVATION CXXXIV.

KUSS et JOUON. — *Revue d'orthopédie*, 1899, p. 444.

Hypertrophie irrégulière intéressant l'avant-bras droit et la main droite avec tumeur surajoutée du bord cubital et de la face dorsale de la main. — Garçon, 10 ans 1/2.

OBSERVATION CXXXV.

MORESTIN. — *Bul. Soc. anat.*, 1899.

Hypertrophie du deuxième orteil du pied droit, due à un lipome.

OBSERVATION CXXXVI.

RAYNAUD. — Publication de la *Revue médicale de l'Afrique du Nord*, 1899.

Hypertrophie du pied gauche surtout au niveau des deux premiers orteils. Nævi sur le membre supérieur droit. — Homme, 32 ans.

OBSERVATION CXXXVII.

LEGRAIN. — *Public. de la Revue méd. de l'Afrique du Nord*, 1899.

Hypertrophie partielle du pied droit. Syndactylie des deuxième et troisième orteils. — Homme, 40 ans.

OBSERVATION CXXXVIII.

GLANTENAY et EMERY. — *Journal des praticiens*, 21 janvier 1899.

Hypertrophie de l'avant-bras gauche. — Fille, 5 ans.

OBSERVATION CXXXIX.

BÉGUIN et SABRAZES. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901,
t. XIV, p. 305.

Index et médius gauches hypertrophiés et syndactyles. Désarticulation métacarpo-phalangienne. — Gargon, 31 mois.

OBSERVATION CXL.

QUILLON. — Th. Paris, 1901.

Hypertrophie de la jambe droite.

OBSERVATION CXLI.

Moulage. — Collection PARROT, Musée de l'hôpital Saint-Louis,
cité par QUILLON, *loc. cit.*

Hypertrophie du médius gauche.

OBSERVATION CXLII.

Moulage, Collection PARROT, Musée de l'hôpital Saint-Louis,
cité par QUILLON, *loc. cit.*

Hypertrophie de la main droite.

OBSERVATION CXLIII.

Moulage, Collection PARROT, Musée de l'hôpital Saint-Louis,
cité par QUILLON, *loc. cit.*

Hypertrophie régulière de la main gauche d'un enfant.

OBSERVATION CXLIV.

Moulage, Collection PÉAX, vitrine 103, pièce n° 547, Musée de l'hôpital
Saint-Louis, cité par QUILLON, *loc. cit.*

Hypertrophie de la jambe et du pied gauches.

OBSERVATION CXLV.

Moulage, Collection générale, vitrine 95, pièce 1151, Musée de l'hôpital
Saint-Louis, cité par QUILLON, *loc. cit.*

Hypertrophie de la main droite.

OBSERVATION CXLVI.

GAYET et PINATELLE. — *Revue d'orthopédie*, janvier 1904.

Hypertrophie de la jambe droite. — Femme, 21 ans.

OBSERVATION CXLVII.

GAYET et PINATELLE. — *Loc. cit.*

Hypertrophie de l'avant-pied gauche. Désarticulation métatarso-phalangienne, abrasion du tissu sous-cutané hypertrophié. Récidive. Hypertrophie du pied, de la jambe et de la fesse gauches. — Garçon.

E. — HÉMI-HYPERTROPHIE DE LA FACE SEULE (1).

OBSERVATION CXLVIII.

BECK. — *Med. Annalen von Ruchelt. Chelius und Nægele*, 1836.

Hémi-hypertrophie faciale droite. — Fillette, 3 ans.

OBSERVATION CXLIX.

FRIEDREICH. — *Archiv. für pathologische Anatomie*, 1863, t. XVIII, p. 474.

Hémi-hypertrophie faciale droite. Autopsie. — Fille, 16 ans.

OBSERVATION CL.

HEUMANN. — Cité par FRIEDREICH.

Hypertrophie du côté gauche de la face. — Garçon, 5 ans.

OBSERVATION CLI.

GAYET. — *Soc. chir.* 1865. Mémoire égaré cité in MASMÉJEAN, Th. Montpellier, 1885.

Hypertrophie du côté gauche de la face. Autopsie.

OBSERVATION CLII

PASSAUER. — *Virchow's Arch.* 1866, t. XXXVII, p. 410.

Hypertrophie de la moitié gauche de la face. — Enfant, 11 ans.

(1) Quelquefois aussi du crâne, comme dans les obs. 150-154.

OBSERVATION CLIII.

H. FISCHER. — Der Riesenwuchs. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1879. Bd. XII, S. 1.

Hypertrophie de la moitié gauche de la face. — Garçon, 7 mois.

OBSERVATION CLIV.

BARWELL. — *Med. Times and Gaz.*, 1881.

Hémi-hypertrophie droite de la face. — Garçon, 13 ans.

OBSERVATION CLV.

HEATH. — *The Lancet*, march 10, 1883, p. 409.

Hypertrophie du côté gauche de la face. — Femme, 36 ans.

OBSERVATION CLVI.

ZIEHL. — *Virchow's Archiv*, 1873, vol. XCI.

Hémi-hypertrophie faciale droite. — Garçon, 4 ans.

OBSERVATION CLVII.

HANKEL. — *Berl. kl. Woch.*, sept. 1884, p. 560.

Hypertrophie gauche de la face. — Femme, 35 ans.

OBSERVATION CLVIII.

KIWULL. — *Fortschritte der Medicin*, 1890, Bd. 8.

Hémi-hypertrophie faciale. — Jeune fille, 18 ans.

OBSERVATION CLIX.

SABRAZÈS et CABANNES. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, t. XI.

Hypertrophie de la moitié droite de la face. — Garçon, 3 ans.

OBSERVATION CLX.

KIRMISSON. — *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*. Paris, 1898, p. 743.

Hémi-hypertrophie faciale droite, énorme tumeur du maxillaire supérieur. — Petite-fille, 9 mois.

OBSERVATION CLXI.

HERMANIDÈS. — *Psychiatr. neurol. Bläden*, 1899.

Hémi-hypertrophie gauche de la face. — Enfant, 13 mois.

OBSERVATION CLXII.

MIGUEL GIL Y CASARÈS. — *Archiv. de méd. des enfants*, 1900, p. 90.

Hypertrophie unilatérale droite de la face. — Garçon, 9 ans.

OBSERVATION CLXIII.

HERTOGHE. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901, t. XIV, p. 497.

Hémi-hypertrophie faciale droite. — Jeune fille, 25 ans.

F. — LOCALISATIONS PARTICULIÈRES DE L'HYPERTROPHIE

OBSERVATION CLXIV.

STEMBO. — *Saint-Petersb. med. Woch.*, 1896, n. F. XIII, 245.

Hémi-hypertrophie de la moitié supérieure du corps.

OBSERVATION CLXV.

MORISON. — *Clinical Society of London*, 28 avril 1899.

Hypertrophie des muscles accessoires de la respiration à droite et spécialement du grand pectoral, du trapèze, du sterno-cléido-mastoïdien, des scalènes.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- BARWELL. — *Med. Times and Gaz.*, 1881.
- BIZE et GRISEL. — *Revue d'orthopédie*, septembre 1904.
- BIZZOZERO. — Accrescimento e rigenerazione del organismo. Atti dell'XI Congresso medico internazionale, vol. I, p. 276.
- BULL. — *Soc. méd. de Londres*, 20 décembre 1886.
- BUSCH. — Beitrag zur Kenntnis der angeb. Hypertrophien der Extremitäten. *Arch. für Chirurgie v. Langenbeck*, VII.
- CAGIATI. — Contributo allo studio della ipertrofia congenita. *Il Policlinico*, Roma, 1904, vol. XI-M.
- COMBY. — Traité des maladies de l'enfance de GRANCHER et COMBY, 2^e édition, t. V, art. Hypertrophie congénitale.
- CURLING. — *Med. chir. Transactions*, 1843, vol. XXVIII.
- DARESTE. — Recherches sur la production des monstruosités ou essai de tératogénie expérimentale. 2^e édition, 1891.
- DUPLAY. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 6 juin 1897.
- DUZÉA. — Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels. Thèse de Lyon, 1886.
- FÉRÉ. — Faits relatifs à la tendance à la variation sous l'influence des changements du milieu. *Bulletins et mémoires Soc. de biologie*, 1896, p. 790.
- FISCHER. — Der Riesenwuchs. *Zeitschrift für Chirurg.*, XII, 1880.
- FROELICH. — *Revue d'orthopédie*, mars 1900.
- GAYET et PINATELLE. — *Revue d'orthopédie*, janvier 1904.
- KURMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. 1898.

(1) La bibliographie que nous avons déjà donnée pour les *Observations* nous permet de ne citer ici que les principales études d'ensemble et les travaux relatifs à l'étiologie et à la pathogénie de l'hypertrophie congénitale.

- KLIPPEL et TRENAUNAY. — Du nævus ostéo-hypertrophique. *Archives générales de médecine*, juin 1900.
- KUSS et JOUON. — *Revue d'orthopédie*, novembre 1899.
- LEBLANC. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale partielle ou complète. Thèse de Paris, 1897.
- MASMÉJEAN. — Thèse de Montpellier, 1888.
- MASSONAUD. — Thèse de Paris, 1874.
- MEIGE. — Sur le trophœdème. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901, n° 6, p. 465.
- OLLIER. — *Gazette médicale de Lyon*, juillet 1862, p. 309.
- POLAILLON. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre, art. Doigt, 1884.
- POLLOSSON. — *Lyon médical*, 1884, t. XLVII, p. 14.
- REDARD. — De l'hypertrophie congénitale partielle. *Archives générales de médecine*, 1890.
- SABRAZÈS et CABANNES. — Héli-hypertrophie faciale. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, t. XI.
- TRÉLAT et MONOD. — De l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale. *Archives générales de médecine*, 1869.
- WAGNER. — Casuistik der angeborenen Riensenwuchs. *Deutsche Zeitschrift für chirurg.*, 1887, p. 280.
- WITTELSHÖFER. — Ueber angeborenen Riensenwuchs der oberen und unteren Extremitäten. *Archiv. für klinische Chir.*, 1879.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu : Le Président,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE PREMIER. — Observations personnelles	12
<i>Observation I.</i> — Hémi-hypertrophie totale régulière du côté droit, surtout marquée au membre inférieur.....	12
<i>Observation II.</i> — Hypertrophie régulière du membre inférieur gauche et du membre supérieur droit. — Hypertrophie des deux seins. — Examen histologique.....	16
CHAPITRE II. — Etude clinique	32
1° <i>Symptomatologie générale</i>	32
Hypertrophie du membre inférieur.....	32
Membre supérieur.....	34
Hypertrophie limitée aux segments de membres.....	34
Bassin.....	35
Organes génitaux.....	35
Abdomen.....	35
Thorax.....	35
Cou.....	36
Face.....	36
Crâne.....	39
Organes des sens.....	39
Peau.....	40
Nævi.....	42
Varices.....	43
Etat des artères.....	44
Température.....	44
Force musculaire.....	44
Etat des nerfs.....	44
Sensibilité générale.....	45
Examen électrique.....	45
2° <i>Formes cliniques</i>	45
CHAPITRE III. — Evolution	50
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique	52
CHAPITRE V. — Etiologie et pathogénie	59
CHAPITRE VI. — Diagnostic	67
CHAPITRE VII. — Traitement	74
CONCLUSIONS.....	75
OBSERVATIONS.....	77
A. — Hémi-hypertrophie totale.....	77
B. — Hypertrophie des extrémités opposées ou alternes.....	81
C. — Hypertrophie d'une extrémité seule.....	83
D. — Hypertrophie d'un segment de membre.....	88
E. — Hémi-hypertrophie de la face seule.....	99
F. — Localisations particulières de l'hypertrophie.....	101
BIBLIOGRAPHIE.....	102

